

**DEPARTAMENTO DE SALUD
CONDADO DE HAMILTON**

Encounter Label Here

**HOJA DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES
PARA INMUNIZACIONES / PRUEBA DE TUBERCULINA** (Para menores de 16 a 17 años de edad)

La siguiente información debe ser completada y un padre de familia debe firmar la misma antes que su hijo(a) reciba servicios de inmunización o una prueba de tuberculosis en la piel (TB). Por favor llame a la clínica si usted necesita asistencia durante este proceso.

Clínica de Birchwood (423) 961-0446 Clínica de Ooltewah (423) 238-4269
Clínica de Salud Familiar (423) 209-8050 Clínica de Sequoyah (423) 842-3031
Clínica de Inmunizaciones /Viajes Internacionales (423) 209-8340

¿Es su hijo(a) alérgico(a) a algún alimento, medicamento o látex? _____ No _____ Sí (por favor describa): _____

¿Tiene su hijo(a) alguna condición médica? _____

¿Ha recibido su hijo(a) algún medicamento antiviral, pruebas de tuberculosis (TB) o alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? _____ No _____ Sí (por favor describa): _____

Por favor complete esta sección si su hijo va a recibir vacunas:

- ¿Tuvo su hijo(a) alguna reacción a vacunas recibidas previamente? _____ Sí _____ No
Si usted contestó sí, ¿cuál fue la vacuna? _____
- ¿Qué tipo de reacción tuvo él/ella? (marque todas las que apliquen):
 Convulsiones o ataques epilépticos Sarpullido/comezón Problemas respiratorios
 Otros (por favor describa): _____
- Si usted desea que se envíe la factura por los servicios a TennCare, debe traer la tarjeta de TennCare de su hijo(a) al momento de recibir servicio.
- ¿Tiene su hijo(a) seguro médico privado que cubra el costo de las vacunas? _____ No _____ Sí (esta pregunta es para determinar si su hijo(a) califica para recibir vacunas patrocinadas a través de fondos federales).
- Si no tiene seguro médico, usted también podría calificar para recibir vacunas a un costo reducido. Para poder determinar si usted califica, por favor provea la siguiente información:
Ingreso mensual _____ Número de personas en el hogar _____

CONSENTIMIENTO: Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Hamilton para proveerle a mi hijo(a) _____ la prueba de la tuberculosis o cualquier inmunización que esté pendiente ahora y durante los próximos doce meses.
(Nombre del niño(a) y fecha de nacimiento)

Firma del padre o encargado

Fecha

Número de teléfono donde se puede contactar al padre o encargado para obtener información médica adicional o en caso de una emergencia:

| | | |
|-------|----------|----------|
| Casa: | Trabajo: | Celular: |
|-------|----------|----------|

Otro contacto de emergencia en caso de que el padre o encargado no pueda ser contactado:

| | |
|---------|-----------|
| Nombre: | Teléfono: |
|---------|-----------|