

Fecha de vacunación _____

**Formulario universal de consentimiento y evaluación
para menores de 6 meses a 17 años**

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR QUE RECIBE LA VACUNA (EN LETRA DE IMPRENTA)

| | | | | |
|---|---------------|------------------------------|--|--|
| NOMBRE DEL MENOR (Apellido) | (Nombre) | (Inicial del segundo nombre) | FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR (MM/DD/AÑO): | |
| RAZA DEL MENOR <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico | | | ETNIA <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano | ¿El menor tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| NOMBRE DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL (Apellido) | (Nombre) | (Inicial del segundo nombre) | EDAD DEL MENOR | SEXO DEL MENOR <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| DIRECCIÓN | | | NÚMERO DE TELÉFONO PARA LLAMAR DURANTE EL DÍA Y TELÉFONO CELULAR DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL: | |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL: | |

Nombre del plan de seguro principal: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Número de afiliado o de póliza: _____ Relación del titular de la póliza con el paciente: _____

SECCIÓN 5: CONSENTIMIENTO Comprendo los riesgos y los beneficios de la(s) vacuna(s) _____

_____ . Al dar mi consentimiento a continuación, afirmo lo siguiente:

1. He leído o me han leído la *Hoja informativa para destinatarios y cuidadores* o la *Declaración de información sobre la vacuna* correspondientes a la edad, para cada una de las vacunas que autorizo a que reciba el menor mencionado arriba, como se indica en la sección 5 anterior.
2. Tengo la autoridad legal para otorgar mi consentimiento para que el menor mencionado arriba reciba la vacuna.
3. No es necesario que acompañe al menor mencionado arriba a las citas de vacunación y que, al otorgar mi consentimiento a continuación, el menor puede recibir las vacunas, aunque yo no esté presente.
4. Si cuento con un seguro de salud que cubra al menor mencionado arriba, autorizo que se le facturen a mi compañía de seguro los costos y/o la administración de las vacunas.
5. Comprendo que, conforme a la ley estatal, todas las vacunas se ingresarán en el registro de Louisiana Immunization Network (LINKS) operado por el Departamento de Salud de Louisiana. Para encontrar más información sobre LINKS visite: <https://ldh.la.gov/index.cfm/page/3660>.

OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que _____ [ESCRIBA EL NOMBRE DEL CENTRO DE VACUNACIÓN] administre las vacunas que se mencionan en la sección 5 anterior al menor mencionado arriba.

Fecha: mes ____ día ____ año _____

Firma del padre/de la madre/del tutor legal (mencionado arriba): _____

FOR CLINIC USE ONLY

This child qualifies for vaccination through the VFC program because he/she (check only one box); or is not qualified

| | | |
|-----------------------------|------------------------------------|--|
| (a) is enrolled in Medicaid | (b) does not have health insurance | (c) is American Indian or Alaskan Native |
|-----------------------------|------------------------------------|--|

I certify that the Important Information Statement(s) for the vaccine(s) indicated as administered below were presented to the person or parent /guardian named above at this clinic and on the date shown here.

| | | |
|--------------|------------------|---|
| Clinic Name: | Date Vaccinated: | Signature and Title of the Vaccine Administrator: |
|--------------|------------------|---|

| Vaccine | Manufacturer | Lot# | Expiration Date | Route | Dose | Injection Site | EUA/VIS Date |
|--------------------------|--------------|------|-----------------|-------|------|----------------|--------------|
| DTaP DT Td DTaP-Hib Tdap | | | | | | | |
| IPV | | | | | | | |
| MMR | | | | | | | |
| HIB | | | | | | | |
| HBV | | | | | | | |
| HAV | | | | | | | |
| VARICELLA | | | | | | | |
| PPSV/PCV | | | | | | | |
| FLU | | | | | | | |
| JYNNEOS | | | | | | | |
| COVID-19 | | | | | | | |
| OTHER | | | | | | | |
| OTHER | | | | | | | |

Entered into LINKS (initial and date) _____ Notes/Comments: _____