

Formulario de consentimiento de PGCPs para las vacunas escolares obligatorias del 2025

Nombre de la escuela

Por favor, escriba claramente con tinta

Nombre del estudiante (Apellido)	(Nombre)	(INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	Fecha de nacimiento del estudiante ____/____/____ Grado ____ Sexo: _____
Nombre del padre/tutor (Apellido)	(Nombre)	(INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	Número de identificación del estudiante
Dirección		Número del celular/casa	
Ciudad	Código Postal	Correo electrónico	

¿Cuáles de los siguientes aplican a su estudiante? (Si la respuesta es Sí a cualquier pregunta, es posible que su estudiante no tendrá que ser vacunado)

Sí No

- ¿Ha tenido el síndrome Guillain-Barre?
- ¿Ha tenido una reacción seria a una vacuna anteriormente?
- ¿Ha tenido alergias graves a algún medicamento, alimento o ingrediente en una vacuna, o al látex? Si la respuesta es «sí», explique:

- ¿Ha tenido convulsiones en el pasado?

Nombre de la vacuna	Fabricante	Fecha de la declaración de la información de la vacuna	Lugar donde se aplicó la vacuna	Vía de administración	Número del lote
Tdap					
Meningococo (MCV4)					
Hepatitis B					
Poliomielitis					
MMR					
Dtap/Td					
Varicela					

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN PARA LA CLÍNICA DE VACUNACIÓN DE PGCPS - TIENE QUE FIRMAR AQUÍ PARA QUE SU ESTUDIANTE SEA VACUNADO.

Al firmar este formulario, yo doy permiso para que mi estudiante sea vacunado con las vacunas enumeradas anteriormente, y que las vacunas sean ingresadas en ImmuNet, el registro de inmunización de Maryland. Además, estoy de acuerdo en que la información proporcionada previamente es correcta; y que:

- (1) He leído la declaración de información de vacuna actual para cada una de las vacunas o alguien me la leyó.
- (2) Entiendo los riesgos y beneficios de obtener las vacunas que yo he autorizado para que reciba mi estudiante.
- (3) Todas las preguntas que tenía sobre las vacunas han sido contestadas.
- (4) Según la disponibilidad, la vacuna se proporcionará en la escuela de su estudiante o en un Centro de Salud Escolar (SBHC, por su sigla en inglés).
- (5) La firma indica el permiso para que su estudiante sea transportado a un SBHC para la administración de la vacuna.
- (6) PGCPS intentará vacunar a su estudiante, sin embargo, si el estudiante se niega, el padre será responsable de encontrar un lugar alternativo para que su estudiante obtenga las vacunas.
- (7) La firma de este formulario no impide que su estudiante sea excluido debido al incumplimiento de las vacunas.

(8) Para más información, por favor, vea el Procedimiento Administrativo 5161). (<https://www.pgcps.org/offices/ograc/administrative-procedures/students--5000/ap-5161--immunizations>)

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha: ____/____/____

Si se obtiene el consentimiento verbal Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Nombre en letra de molde y firma del testigo #1 _____

Nombre en letra de molde y firma del testigo #2 _____

OFFICE USE ONLY (PARA USO INTERNO SOLAMENTE)

Date VIS Given/Vaccine Administered	Printed Name and Signature of Vaccine Administrator	Notes