



# Formulario de Consentimiento Para Vacunas

## Participacion en Progama de Vacunas para Estudiantes

SI , Quiero Participar

NO, No Quiero Participar

Nombre Completo y Legal del Estudiante <i>(Primer Nombre, Inicial del Segundo, Apellido)</i>			Nombre de Escuela		
Nombre del Padre/Guardian <i>(Primer Nombre, Inicial del Segundo, Apellido)</i>			Campus		
Correo Electronico			Relacion al Estudiante		
Maestro	Grado	Fecha de Nacimiento <i>(mes/dia/año)</i>	Edad	Sexo	
Direccion	Ciudad	Codigo Postal	Telefono	Celular	

### Asegurnza

Aseguranza Privado     CHIP/STAR/Medicaid     Nativo Americano/Nativo de Alaska   
 Asegurana no cubre     Mi hijo(a) no tiene aseguranza *(Habrá un cobro de \$10/Vacuna)*

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_ Numero de Identificacion de Miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Titular: \_\_\_\_\_

Las leyes actuales de atención médica nos exigen que le facturemos a su compañía de seguros por la vacuna. No habrá gastos de bolsillo para los asegurados.

### Vacunas para ser administradas

HPV     MCV 4 *(necesario para la universidad)*     Men B *(recomendado)*     Tdap     Varicella  
 Hep A     Hep B     MMR     IPV     Dtap     Hib

Si usted tiene preguntas sobre salud, favor de contactar a su peditra o hable a Aurora Concepts al 936-598-3296 para hablar con una enfermera.

Reconozco que Aurora Concepts me brindo la oportunidad de leer el Aviso de Practicas de Privacidad y la Declaracion de Informacion CDC de Vacunas para las vacuna(s) indicadas en su sitio web: [www.auroraconcepts.net](http://www.auroraconcepts.net) en la pestana recursos para el paciente.

Doy mi permiso a Aurora Concepts y sus administradores para darle a mi hijo(a) la vacuna en mi ausencia, para comunicarme con otros proveedores de atencion medica, segun sea necesario, y para la entrada de datos, facturacion y almacenamiento de acuerdo con las normas del Departamento de Salud de Texas, para asegurar una atencion medica optima para mi hijo. Por la presente, libero a Aurora Concepts y el distrito escolar de mi hijo de cualquier responsabilidad relacionada con la adminitracion y los posibles efectos secundarios de la vacuna.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

### AREA PARA USO OFICIAL SOLO PARA LA ADMINISTRACION

	1	2	3	4	5	6
Clinic/Office Address	Aurora Concepts 233 Hurst St, Ste B Center, TX 75935	Aurora Concepts 233 Hurst St, Ste B Center, TX 75935	Aurora Concepts 233 Hurst St, Ste B Center, TX 75935	Aurora Concepts 233 Hurst St, Ste B Center, TX 75935	Aurora Concepts 233 Hurst St, Ste B Center, TX 75935	Aurora Concepts 233 Hurst St, Ste B Center, TX 75935
Publication Date of VIS						
Date VIS Given						
Vaccine Given						
Date Vaccine Administered						
Vaccine Manufacturer						
Vaccine Lot Number						
Site of Administration						
Signature of Vaccine Administrator						
Title of Vaccine Administrator						