



Escuela:
 Crenshaw HS
 Dorsey
 Lennox
 Otra: _____

Consentimiento para vacuna contra COVID-19

Información del Estudiante

Nombre: Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Dirección: Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento: mm / dd / yyyy	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Padre/Guardian:	Número de Teléfono: Casa: () -	Pager/ Celular: () -	

He leído y entendido los servicios que ofrecen en la escuela. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que los servicios que yo/nosotros autorice/autorizamos con una firma en éste formulario son simplemente servicios comunes ó de salud rutinarios, y que éstos servicios serán limitados a:

1. Diagnósticos, tratamiento del menor y enfermedades agudas
2. Exámenes Físicos (general, deportes, pre-empleo)
3. Asistencia con Asma, Diabetes y otras enfermedades crónicas
4. Tratamiento de Acne y otros problemas de la piel
5. **Inmunizaciones, incluida la vacuna COVID-19**
6. Exámenes de Visión y Oído
7. Servicios de Laboratorio
8. Programas de Nutrición y Control de Peso
9. Primeros Auxilios para heridas-leves
10. Prescripciones Limitadas y Medicinas
11. Referencias para servicios de salud, de los que no puedan ser proveídos en T.H.E. Health and Wellness Centers.

He leído la Hoja de datos para destinatarios y cuidadores: Autorización de uso de emergencia (EUA) de la vacuna Pfizer-BioNtech COVID-19 para prevenir el COVID-19 en personas de menores de 18 años.

Yo entiendo que éste consentimiento solo aplica a los servicios proveídos en la escuela u otro sitio de T.H.E. Health and Wellness Centers como el resultado de una referencia hecha por un trabajador de la escuela y no autoriza a otra identidad sea pública ó privada. Yo autorizo al proveedor ó empleado profesional de T.H.E. Health and Wellness Centers para proveer los servicios necesarios y dar recomendación de tratamiento para mi hijo/a. Éste estudiante tiene mi/nuestro consentimiento para recibir los servicios disponibles en la escuela. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que bajo la Ley del Estado de California los menores tienen el derecho legal de dar su consentimiento para ciertos servicios sin el consentimiento de los padres. Todos los pagos de partes terceras serán cobrados si son aplicables. Los fondos de concesión serán usados para los servicios proveídos al estudiante que no tenga aseguranza ó Medi-Cal. Si mi hijo/a está cubierto por alguna aseguranza yo proveeré la información necesaria de la aseguranza necesitada en el formulario adjunto. Los servicios médicos se mantendrán de una manera confidencial, sin embargo yo/nosotros entiendo/entendemos que T.H.E. Health and Wellness Centers puede dar información relacionado con el tratamiento a terceras partes como Medi-Cal ó compañías de aseguranza para el propósito de cobro. Yo/Nosotros entiendo/ entendemos que la información pública como historial de vacuna ó enfermedades de peligro para el público u otra información puede ser informada a la enfermera de la escuela, al médico de la escuela ó el Departamento de Salud Pública de acuerdo con el Código de Seguridad de Salud de California. Yo entiendo que el procedimiento de privacidad de T.H.E. Health and Wellness Centers está publicado en el manual de pólizas y procedimientos. Yo/Nosotros entiendo/ entendemos que sólo el registro de vacunas será compartida entre la enfermera de la escuela y T.H.E. Health and Wellness Centers para mantener actualizado el registro del estudiante como es requerido por el Distrito Escolar De Los Angeles. **Yo entiendo que éste consentimiento puede ser revocado, restringido ó revisado en cualquier momento por mí, por escrito.**

Signature needed on other side/ Se necesita su firma en el otro lado

Entiendo que, según lo exige la ley estatal (Código de salud y seguridad, § 120440), todas las vacunas se informarán al Registro de Vacunas de California (CAIR2). Entiendo que la información en el registro CAIR2 del niño se compartirá con el departamento de salud local. El Departamento de Salud Pública del Estado. La Información será tratada de forma confidencial médica y se utilizarán solo para compartir entre sí o según lo permita la ley. Puede negar a permitir que la información se comparta más y puede solicitar el CAIR2 el registro se bloqueará enviando el formulario solicitud de bloqueo de mi registro CAIR: <https://cairforms.cairweb.org/SharingRequestForm/SharingRequestForm?SharingType=1&Language=En>.

AUTORIZO que el niño nombrado en la parte superior de este formulario sea vacunado con la Vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech y he revisado y estoy de acuerdo con la información incluida en este formulario.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Relación al estudiante: _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Firma Verificada: _____ Fecha: _____