

¡HOLA!



Sabemos que proteger la salud de su hijo/a es importante para usted. Lo/a invitamos a participar en una clínica de vacunación gratuita, donde su hijo/a podrá recibir todas las vacunas recomendadas para la infancia y la adolescencia*.

Proteja a su hijo/a de enfermedades graves y del cáncer, ahora y en el futuro, con las vacunas Tdap (tétanos, difteria, y tos ferina), VPH (virus del papiloma humano), antimeningocócica (meningitis), e influenza (gripe), así como con otras vacunas que él o ella pueda necesitar.

No es necesario que usted esté presente el día de la clínica si completa y devuelve los formularios de consentimiento incluidos en este paquete a la escuela. **¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda con los formularios de consentimiento? Llame al 713-500-2555.**

Esta clínica será patrocinada y administrada por proveedores de atención médica de los Centros de la Salud del Memorial Hermann para las Escuelas. Voltee esta carta para obtener instrucciones. Por favor, envíe el registro de vacunación más reciente de su hijo/a a la escuela el día de la clínica. El registro será actualizado y enviado de regreso a casa con su hijo/a.

El personal de la clínica seguirá las guías del CDC con respecto a la protección contra COVID-19, incluyendo el uso de cubrebocas y el distanciamiento físico. Los estudiantes deberán usar cubrebocas durante la visita clínica solamente. Por favor, envíe a su hijo/a a la escuela con su propio cubrebocas el día de la clínica.

¡Esperamos que su hijo/a tenga un año escolar maravilloso!

Jacqueline Birmingham, MSN, RN, NE-BC, CNOR
Directora, HISD Servicios Médicos y de Salud

Por favor complete los siguientes formularios para que su hijo/a pueda participar:

FORMA A: Formularios de Consentimiento (2)

1. Consentimiento Informado para Tratamiento
2. Consentimiento de Vacunas

FORMA B:

Registro de Inmunización –
Formulario de Consentimiento para Menores (ImmTrac2)

FORMA C:

Registro de la Determinación de Elegibilidad del Paciente (Programa de Vacunas para los Niños de Tejas)

FORMA D:

Cuestionario de Contraindicaciones

FORMA E:

Formulario de Participación de UTHealth

RECUERDE: LA PROTECCIÓN DE SU HIJO/A EMPIEZA AHORA.

Al igual que no le daría a su hijo/a la mitad de un paraguas, no debería enviarlo/a a la escuela con solo la mitad de las vacunas recomendadas. Usted puede proteger a su hijo/a de graves riesgos para la salud poniéndole **TODAS** las vacunas. Porque **TODO es para ellos.**

¿QUIERE SABER MÁS? ¡VISITE NUESTRA PÁGINA WEB O LLÁMENOS!

AllForThemVaccines.com

713-500-ALL5 (2555)

*En este momento, no podemos administrar la vacuna COVID-19, pero podemos ayudarle a encontrar dónde obtenerla para su hijo/a.

INSTRUCCIONES PARA QUE SU HIJO(A) PARTICIPE

La siguiente lista incluye los formularios y documentos que están dentro de este paquete.

 Estos formularios deben ser completados en pluma, firmados, y regresados a la escuela.

 Estos documentos son para su información. Puede leerlos y guardarlos en casa.

 Firme y Devuelva	 Lea y Guarde
FORMA A: Formularios de Consentimiento (2) 1. Consentimiento Informado para Tratamiento 2. Consentimiento de Vacunas	Carta de Bienvenida/ Lista de Documentos
FORMA B: Registro de Inmunización – Formulario de Consentimiento para Menores (ImmTrac2)	
FORMA C: Registro de la Determinación de Elegibilidad del Paciente (Programa de Vacunas para los Niños de Tejas)	Hoja de Información sobre la vacuna contra el VPH
FORMA D: Cuestionario de Contraindicaciones	
FORMA E: Formulario de Participación de UHealth	

Complete y devuelva TODOS los formularios de consentimiento incluidos en este paquete a la enfermera de la escuela de su hijo/a una semana antes de la clínica de vacunación.

Paso 1: Asegúrese de completar los formularios de consentimiento con **TINTA AZUL O NEGRA** (NO use lápiz).

Paso 2: **Complete cada formulario e incluya su firma y la fecha** al final de cada página.

Paso 3: Asegúrese de marcar **SÍ** o **NO** para cada pregunta.

Todas las vacunas para niños y adolescentes (excepto la vacuna del COVID-19) estarán disponibles en la clínica.

- **Por favor lea la Hoja de Información Sobre Vacunas para cada vacuna aquí:** www.allforthemvaccines.com. Si desea copias impresas o no tiene acceso al internet, por favor llame al (713) 500-2555. También puede solicitar estos documentos en la escuela de su hijo/a.
- Si los formularios de consentimiento se completan y se entregan a la escuela, no es necesario que los padres asistan a la clínica cuando se administren las vacunas. Sin embargo, los padres son bienvenidos si desean estar presentes. Un padre o guardián legal debe estar disponible por teléfono durante el día de la clínica de vacunas.
- **Por favor envíe el registro de vacunación más reciente de su hijo/a a la escuela el día de la clínica.** Éste será actualizado y enviado de regreso a casa con su hijo/a.

Si tiene cualquier pregunta sobre alguna de las vacunas o sobre la elegibilidad de su hijo/a, llame al personal del proyecto al (713) 500-2555.

TODO ES PARA ELLOS.

**PROTEJA A SU HIJO/A AHORA Y EN EL FUTURO
CON TODAS LAS VACUNAS RECOMENDADAS.**



OBTENGA TODOS LOS DATOS

ACERCA DE LA VACUNA CONTRA EL VPH

No hay mejor momento para vacunar a su hijo(a) contra el virus del papiloma humano (VPH).

Esta vacuna es para prevenir el VPH y proteger a su hijo(a) por el resto de su vida. Como cualquier otra vacuna, es mejor recibir la vacuna temprano, mucho antes de que se pudiera poner en contacto con el virus. Es un paso normal para mantener a sus hijos sanos y saludables, y también protege su capacidad para crecer y poder tener su propia familia en un futuro.

Por favor asegúrese de que su hijo(a) reciba la vacuna contra el VPH, al igual que el resto de las vacunas recomendadas para los adolescentes.

PORQUE TODAS ES MEJOR QUE ALGUNAS.

ALLFORTHEMVACCINES.COM


UTHealth | **School of Public Health**
The University of Texas
Health Science Center at Houston



CANCER PREVENTION & RESEARCH
INSTITUTE OF TEXAS

Baylor
College of
Medicine



1. Todos necesitan la vacuna contra el VPH.

- La vacuna protege tanto a niños como a niñas.
- El VPH es tan común que la mayoría de personas serán contagiadas con el virus en algún momento durante sus vidas.
- El VPH puede causar cáncer, verrugas genitales y otras enfermedades.

2. La vacuna contra el VPH funciona.

- La vacuna previene las enfermedades y los cánceres relacionados al VPH.
- Desde que los médicos empezaron a administrar la vacuna en sus pacientes, se han reducido las infecciones causadas por el VPH.

3. Se ha demostrado que la vacuna contra el VPH es segura.

- Los efectos secundarios en su mayoría son leves y similares a los causados por otras vacunas, tales como el enrojecimiento temporal en la piel o dolor en el brazo o en el área de inyección.
- La vacuna contra el VPH no contiene ingredientes dañinos.

4. La vacuna contra el VPH funciona mejor cuando es administrada entre los 11 y 12 años de edad.

- Estudios médicos muestran que los jóvenes responden mejor a la vacuna. Esto significa que si reciben la vacuna entre los 11 y 12 años de edad sus cuerpos estarán mejor preparados para prevenir una infección de VPH.
- Nunca es demasiado tarde para recibir la vacuna. Todos los jóvenes mayores de 11 años deben ser vacunados.

5. Los niños más pequeños necesitan menos dosis para estar protegidos.

- La vacuna contra el VPH se administra en dosis múltiples.
- Si su hijo(a) recibe su primera dosis antes de cumplir los 15 años, sólo necesitará dos dosis de la vacuna. Después de los 15 años de edad, necesitará tres dosis.

Recurso: <https://www.cdc.gov/hpv/parents/>

MEMORIAL HERMANN HEALTH CENTERS FOR SCHOOLS BURBANK CLINIC, HOUSTON, TEXAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO Y OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD PREVENTIVA LEA DETENIDAMENTE Y COMPLETE EL SIGUIENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE SU ESTUDIANTE SEA TRATADO EN EL CENTRO DE SALUD

Memorial Hermann Health Centers for Schools (MHHCS) o "Centro de salud" se interesa por la salud de los estudiantes en las escuelas con las cuáles tenemos un contrato. Brindamos un número de servicios de atención de la salud, sujetos a las limitaciones del establecimiento.

LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD ESTÁN DISPONIBLES EN EL CENTRO DE SALUD BURBANK DENTRO DE LAS ESCUELAS

- 1. Inmunizaciones
2. Exámenes de rutina / Chequeos médicos
3. Exámenes físicos para campamento y deporte
4. Educación sobre la salud
5. Educación sobre la nutrición
6. Servicios de planificación familiar
7. Asistencia de servicio social
8. Tratamiento de enfermedades o lesiones leves
9. Consejería de salud mental
10. Consejería y educación sobre el ejercicio
11. Detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés)

Indique cuál de los siguientes se aplica al estudiante:

- Input boxes for N.º de Medicaid, Plan de Medicaid, Harris Health/Gold Card, CHIP, Seguro de salud privado, Sin seguro

IMPORTANTE – TENGA EN CUENTA QUE: El Centro de salud es un proveedor de Medicaid y facturará a Medicaid por los servicios a aquellos estudiantes que tienen cobertura Medicaid. Los servicios que no estén cubiertos, NO se cobrarán al estudiante o a la familia.

Yo autorizo a MHHCS para que cobren a Medicaid o a mi plan de Medicaid y reciban directamente el pago de ellos por los servicios prestados. También autorizo a MHHCS para que divulgue información según sea requerida por Medicaid o por mi plan de Medicaid con el propósito de determinar los beneficios.

Yo autorizo al personal del Centro de salud a divulgar a la enfermera, al equipo médico o al equipo deportivo de la escuela la información de salud adecuada sobre mi hijo/a según se considere necesario, únicamente para los propósitos del tratamiento y para la continuidad de la atención médica de mi hijo/a.

Signature line with labels: Firma del padre/tutor, Nombre en letra de imprenta, Relación con el estudiante, Fecha

TENGA EN CUENTA:

Un proveedor de prácticas avanzadas brinda servicios de atención primaria a tiempo completo a los estudiantes. Adicionalmente, los servicios de asesoramiento son proporcionados por un trabajador social con licencia de la clínica (LCSW, por sus siglas en inglés) o un consejero profesional licenciado (LPC, por sus siglas en inglés).

Yo autorizo a un proveedor de atención de la salud profesional designado de MHHCS a brindar el tratamiento recomendado y/o necesario para el estudiante.

Input boxes for Nombre del estudiante and Fecha de nacimiento

Yo doy mi consentimiento a MHHCS para brindar todos los servicios indicados anteriormente dentro de las posibilidades del establecimiento y su personal con excepción de lo(s) siguiente(s)

Yo autorizo al establecimiento mencionado anteriormente a brindar el transporte y/o acompañar a mi hijo/a desde las escuelas con contrato hasta el Centro de salud para obtener los servicios después de recibir el consentimiento de la enfermera de la escuela.

He leído y completado este formulario de consentimiento. Entiendo que el personal de la escuela puede ver este consentimiento informado. Entiendo que cualquier pregunta que pueda tener en relación al Centro de salud será respondida llamando al (713) 742-8151.

Signature line with labels: Firma del padre, la madre o el tutor, Nombre en letra de imprenta, Relación con el estudiante, Fecha

Número de teléfono para comunicarse con el padre, la madre o el tutor durante el horario escolar:

Input boxes for Nombre, Número de teléfono, La mejor hora para recibir llamadas, Correo electrónico

Input boxes for Firma del segundo progenitor o tutor(opcional), Número de teléfono, La mejor hora para recibir llamadas



Informed Consent



FORMULARIO PARA IMMUNIZACIONES

El médico o la clínica guardara este registro en su expediente médico o en el expediente médico de su niño. Registrarán cual vacuna se aplicó, cuando se aplicó la vacuna, el nombre de la empresa que fabricó la vacuna, y la dirección donde fue aplicada la vacuna. He recibido una copia y he leído, o me han explicado la información contenida en el apropiado "Declaración de Información Sobre Las Vacunas" sobre la(s) enfermedad(es) y vacuna(s) indicada(s) abajo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas a las cuales recibí respuestas que son a mi agrado. Creo que comprendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacunas y suplico que la(s) vacuna(s) abajo se dé(n) a mi o a la persona nombrada abajo, por la cual yo tengo autoridad de hacer esta suplica.

FAVOR DE IMPRIMIR CLARAMENTE CON TINTA NEGRA O AZUL (no use lápiz):

Apellido del niño/a: _____ Primer nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Si la persona es menor de 18 años, ESCRIBA el nombre del padre/madre/guardián en este espacio:

Nombre de la madre antes de casarse: _____

Nombre del padre: _____

Nombre del guardián legal: _____

SEXO: Favor de marcar el cuadro que aplica a la persona recibiendo la(s) vacuna(s):

Hombre

Mujer

Otro _____

La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? (seleccione una respuesta) SÍ NO NO SÉ

ALERGIAS: _____

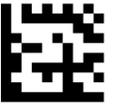
X _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/GUARDIÁN

_____ **FECHA**

Vaccine	1	2	3	4	5	M/C	Lot #	Site	Exp. date	VIS NDC
MCV4	//	//	//	//	//	SP		LA / RA LT / RT		08/06/21 49281-589-05
Hep A	//	//	//	//	//	GSK		LA / RA LT / RT		07/28/20 58160-825-52
Td/Tdap	//	//	//	//	//	SP		LA / RA LT / RT		08/06/21 08/06/21 49281-215-15 49281-400-15
Varicella	//	//	//	//	//	Merck		LA / RA LT / RT		08/06/21 0006-4827-00
Hib	//	//	//	//	//	SP		LA / RA LT / RT		08/06/21 49281-545-05
MMR	//	//	//	//	//	Merck		LA / RA LT / RT		08/06/21 0006-4681-00
Hep B	//	//	//	//	//	GSK		LA / RA LT / RT		08/15/19 0006-4093-02
IPV	//	//	//	//	//	SP		LA / RA LT / RT		08/06/21 49281-860-10
HPV9	//	//	//	//	//	Merck		LA / RA LT / RT		08/06/21 0006-4121-02
Flu: Fluzone Fluarix	//	//	//	//	//	Med GSK		LA / RA LT / RT		08/06/21 49281-416-50 58160-905-52
Proquad						Merck		LA/RA		08/06/21 0006-4171-01
Bexsero						GSK		LA / RA LT / RT		08/06/21 58160-976-06

FIRMA DE ADMISTRADOR DE VACUNA(S): _____



(Llene a mano claramente)

Primer nombre del menor _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) _____ *Solo para menores de 18 años Sexo del menor: Femenino Masculino
Teléfono _____ - _____ - _____

Dirección del menor _____ Núm. de apartamento _____ Correo electrónico _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Nombre de la madre _____ Apellido de soltera _____

<p>Raza (seleccione todos los que correspondan):</p> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<p>Grupo étnico (seleccione solo una):</p> <input type="checkbox"/> Hispánico o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Se negó a contestar
--	--	--	---

ImmTrac2, el registro de vacunaciones de Texas, es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda los registros de vacunación de su hijo (hasta los 18 años de edad). Con su debida autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo se incluirá en el registro ImmTrac2. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas lo anima a que participe de forma voluntaria en el registro de inmunización de Texas.

Consentimiento para incluir en el registro a un menor y para divulgar sus datos a las entidades autorizadas

Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización de Texas ("ImmTrac2"). Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en el ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella:

- un distrito de salud pública o departamento de salud local, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción;
- un médico u otro proveedor de salud legalmente autorizado para aplicar vacunas, como parte del tratamiento al menor como su paciente;
- una dependencia estatal que tenga la custodia legal del niño;
- una escuela o guardería en la que el niño esté inscrito;
- un pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir los datos de mi hijo en el registro ImmTrac2 para divulgar la información contenida en el registro en cualquier momento, enviando una carta a esta dirección: Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR los datos de mi hijo en el Registro de Inmunización de Texas.

Padre, tutor o titular de la custodia: _____ Nombre escrito a mano _____

Fecha _____ Firma _____

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y recibir información sobre los datos que el estado de Texas recabe sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo solicita. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene alguna pregunta? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2
Please enter client information in ImmTrac2 and **affirm** that consent has been granted.
DO NOT fax to ImmTrac2. **Retain this form in your client's record.**

Programa de Vacunas para los Niños de Texas Registro de la determinación de elegibilidad del paciente

En el consultorio del proveedor de servicios de salud debe mantenerse, durante un mínimo de cinco (5) años, un registro de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre aparece en el registro, o el proveedor de servicios de salud. En cada visita para inmunización debe determinarse y documentarse el estado de elegibilidad para el TVFC a fin de asegurar que el menor es elegible para el programa. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

1. Nombre del menor:

Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.o nombre
2. Fecha de nacimiento del menor: / /
3. Padre, tutor o individuo del registro:

Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.o nombre
4. Nombre del proveedor primario:

Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.o nombre
5. Para determinar si un menor (de 0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales por medio del Programa TVFC, en cada cita o visita para inmunización anote la fecha y marque la categoría de elegibilidad apropiada. Si marca una columna de la A a la F, el menor es elegible para el Programa TVFC. Si marca la columna G, el menor no es elegible para las vacunas federales VFC.

	Elegible para las vacunas VFC				Elegible con programa estatal		No elegible
	A	B	C	D	E	F	G
Fecha	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indoamericano o nativo de Alaska	*Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado	** Otras situaciones de seguro insuficiente	*** Inscrito en el CHIP	Tiene seguro médico que cubre vacunas
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* El seguro insuficiente incluye a los niños cuyo seguro médico no incluye vacunas o solo cubre ciertos tipos específicos de vacunas. Los niños solo son elegibles para recibir vacunas que no están cubiertas por el seguro. Además, para recibir las vacunas de VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados en un Centro de Salud Federalmente Acreditado (FQHC), en una Clínica de Salud Rural (RHC), o por un proveedor delegado autorizado. El proveedor delegado debe tener un contrato por escrito con un FQHC o una RHC y con el programa de inmunización estatal, local o territorial para poder vacunar a los niños con seguro insuficiente.

** Otros niños con seguro insuficiente son aquellos que, aunque están insuficientemente asegurados, no son elegibles para recibir las vacunas federales por medio del Programa TVFC porque el proveedor o centro no es un FQHC, o una RHC, o un proveedor delegado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son proporcionadas por el programa estatal para dar cobertura a los niños que no son elegibles para el TVFC.

*** Niños inscritos en el programa estatal separado CHIP (Children's Health Insurance Program). Estos niños se consideran asegurados y no son elegibles para recibir vacunas mediante el Programa VFC. Cada estado proporciona orientación específica sobre cómo se adquieren y administran las vacunas del CHIP a través de los proveedores participantes.

Medicaid: Número de Medicaid: <input type="text"/> Fecha de elegibilidad: <input type="text"/>	CHIP: Número de CHIP: <input type="text"/> Número de grupo: <input type="text"/> Fecha de elegibilidad: <input type="text"/>
---	--

Seguro privado: Nombre de la aseguradora: <input type="text"/> Nombre del seguro: <input type="text"/>	Número de contacto de la aseguradora: <input type="text"/> Número de póliza o del asegurado: <input type="text"/>
---	--

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
mes día año

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos administrar a su hijo hoy. Si responde “sí” a alguna pregunta, no necesariamente significa que no se debe vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, solicítele a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿El niño está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El niño es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El niño ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El niño tiene algún problema de salud crónico en los pulmones, el corazón o los riñones, o sufre de enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, no tiene bazo, tiene deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o derrame de líquido cefalorraquídeo? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años, ¿le ha dicho algún proveedor de atención médica que el niño tuvo sibilancia o asma en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o uno de sus padres ha tenido convulsiones; o el niño ha tenido problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El niño o un miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Uno de los padres, hermanos o hermanas del niño tiene algún problema en su sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿En los últimos 3 meses, el niño ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, tales como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tuvo tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Durante el año pasado, ¿el niño recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina, gammaglobulina o algún medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿La niña/adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se le aplicó alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMA LLENADA POR _____ FECHA _____

FORMA REVISADA POR _____ FECHA _____

¿Trajo su cartilla de vacunación consigo? sí no

Es importante que tenga un registro personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al proveedor de atención médica de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo con usted todas las veces que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará este documento para ingresar a la guardería o a la escuela, para obtener empleo o para viajar al extranjero.

“Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens”

Saint Paul, Minnesota • 651-647-9009 • www.immunize.org • www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4060-01.pdf • Item #P4060-01 Spanish (10/20)



El Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Tejas (UTHealth) Escuela de Salud Pública

HSC-SPH-20-0356

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Lo invitamos a participar:

Nos gustaría invitarlo(a) a tomar parte en un proyecto dirigido por la doctora Paula Cuccaro del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Tejas en Houston (UTHealth) llamado *"Expansión del proyecto Todo es Para Ellos: Un enfoque basado en las escuelas para incrementar la vacunación contra el VPH a través de las escuelas públicas"*. Este proyecto ha sido desarrollado en colaboración entre investigadores, proveedores de salud, y educadores de la Escuela de Salud Pública de UTHealth, la Escuela Cizik de Enfermería de UTHealth, la Universidad de Medicina de Baylor, Departamento Médico de la Universidad de Tejas en Galveston, el Programa de Clínicas Móviles de Texas Children's Hospital, Servicios de Salud Pública del Condado de Harris, Centros de Salud para Escuelas de Memorial Hermann, Fundación para la Salud CHRISTUS, la Clínica Móvil Pediátrica y la Escuela de Salud Pública del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte, el Centro de Cáncer MD Anderson de la Universidad de Tejas y los siguientes distritos escolares:

- Distrito Escolar Independiente de Crowley (CISD)**
- Distrito Escolar Independiente de Fort Worth (FWISD)**
- Distrito Escolar Independiente Consolidado de Goose Creek (GCCISD)**
- Distrito Escolar Independiente de Houston (HISD)**

Usted es elegible para participar en este proyecto si usted es padre, madre, o guardián de un(a) hijo(a) que asiste a una escuela secundaria o preparatoria de uno de los distritos escolares mencionados anteriormente.

Por qué estamos haciendo este proyecto:

- Para que las vacunas sean disponibles para los estudiantes de los distritos escolares participantes sin costo alguno.
- Para incrementar el porcentaje de estudiantes que completan la serie de vacunas contra el VPH.
- Para ayudarle a asegurarse de que el distrito escolar tenga la información más actualizada sobre los registros de vacunación de su hijo(a).

Cómo funciona el proyecto:

La clínica del programa *Todo es Para Ellos* donde su hijo(a) está recibiendo las vacunas es parte de este proyecto. Después de que su hijo(a) haya recibido las vacunas en la clínica, nos gustaría su ayuda para obtener la siguiente información sobre el/ella:

- nombre
- fecha de nacimiento
- condado en que su hijo(a) vive
- sexo
- raza / etnia
- grado escolar
- vacunas administradas (con el tipo de dosis para la vacuna contra el VPH)
- si recibieron una tarjeta recordatoria de la vacuna contra el VPH
- si participaron en años anteriores del proyecto

Después de obtener esta información, le proporcionaremos a la enfermera(o) del distrito escolar el nombre de su hijo(a), la fecha de nacimiento y las vacunas que se le dieron para que ella/el actualice los registros de vacunación escolar de su hijo(a).

Compromiso de tiempo total:

5 minutos (después de que su hijo(a) reciba las vacunas)

Confidencialidad:

Su hijo(a) no será identificado personalmente en ningún informe o publicación que pueda resultar de este proyecto. Cualquier información proporcionada se mantendrá privada. Como le explicamos anteriormente, el nombre de su hijo(a), la fecha de nacimiento y las vacunas administradas solo se obtendrán para que la enfermera del distrito escolar pueda actualizar los registros de vacunación escolar de su hijo(a).

Retiro del proyecto:

Su participación en este proyecto es voluntaria. Puede retirarse del proyecto en cualquier momento. Si no desea participar, esta decisión no afectará de ningún modo la educación o los servicios disponibles para usted o su hijo(a) en la escuela. La información obtenida se utilizará hasta el momento de su retiro del proyecto.

Alternativas:

La única alternativa es no participar en el proyecto.

Beneficios:

Su hijo(a) está recibiendo vacunas gratuitas como parte de este proyecto. Como beneficio adicional, le informaremos al distrito escolar qué vacunas recibió su hijo(a) para que usted no tenga que hacerlo. Puede que no reciba ningún otro beneficio directamente por participar en este proyecto. La información que usted nos proporcione nos ayudará a desarrollar mejores programas de vacunación para adolescentes.

Riesgos o Incomodidades:

No se conoce ningún riesgo por participar en este proyecto. El único riesgo posible podría ser el incumplimiento de la confidencialidad.

Reembolso/Compensación:

No hay compensación por participar en este proyecto.

Preguntas: Puede comunicarse con la Dra. Paula Cuccaro al 713-500-9684 si tiene alguna pregunta sobre este estudio.

Al firmar este formulario, acepto proporcionar la información mencionada anteriormente con respecto a las vacunas que mi hijo(a) recibió en la clínica de *Todo es Para Ellos* y para que UTHHealth proporcione esta información a la enfermera(o) del distrito escolar:

Nombre del Padre/Guardián Legal (En letra de molde): _____

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Nombre de su hijo(a): _____ Fecha de nacimiento de su hijo(a): _____

Nombre del distrito escolar de su hijo(a): _____

Nombre de la escuela de su hijo(a): _____

El nivel de grado de su hijo(a): _____

Si usted tiene preguntas sobre este estudio, puede contactar a nuestro equipo al allforthem@uth.tmc.edu. Este proyecto de investigación sido revisado y aprobado por el Comité para la Protección de Sujetos Humanos (CPHS) del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Houston (HSC-SPC-20-0356). Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como participante, puede llamar al CPHS al número (713) 500-7943.