

### Lo que necesita saber

La clínica escolar de Minneapolis (administrado por el Departamento de Salud de Minneapolis) mantiene este archivo médico de su estudiante. Se mantiene esta información para prevenir enfermedades mediante el control de las vacunas necesarias. Si información personal está pedida y no proveída, servicios de vacunas pueden ser negadas. Esta información es privada y sólo se puede compartirla con el Departamento de Salud de Minnesota, profesionales licenciados de atención de la salud como médicos, enfermeras, aseguradores médicos, agencias de salud pública del condado, agencias de acción comunitaria o establecimientos de atención de la salud como hospitales para el propósito de evaluar y/o proveer servicios de vacunación o para ayudar la registración futura en una escuela o universidad. Sus registros de vacunación se entregarán a Minnesota Immunization Information Connection (MIIC), un registro estatal, para este propósito.

### Administración de Vacunas

Muchas vacunas requieren dos (2), tres (3), cuatro (4) o cinco (5) dosis para brindar una protección completa. Éstas incluyen: **Td** (tétanos y difteria); **Tdap** (tétanos, difteria y tos ferina); **IPV** (antipoliomielítica); **MMR** (sarampión, paperas y rubeola); **Hep B** (hepatitis B); **MCV4** (antimeningocócica); **VPH** (el virus del papiloma humano); **Hep A** (hepatitis A); **MenB** (antimeningocócica B); **COVID** (coronavirus).

Las vacuna(s) recomendadas para su estudiante a darse:

Hep A:  1  2    Hep B:  1  2  3    HPV:  1  2  3    Influenza (Gripe):  1  2  3  4  
 MCV4:  1  2    MMR:  1  2    Td:  1  2  3  B    Tdap:  1  2  3  B    Men B:  1  2  
 COVID:  1  2  B

### Al firmar, usted reconoce lo siguiente:

He recibido y he leído o me han explicado la(s) hoja(s) de información sobre las vacuna(s) y enfermedad(es) indicadas anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Pienso que entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas indicadas y pido que den la(s) vacuna(s) indicadas a mí o a la persona nombrada abajo. Si la persona nombrada abajo es menor de edad, aseguro que soy el padre o la madre del niño, un representante autorizado o guardián legal y puedo dar consentimiento médico para la vacunación.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante (si es mayor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre, madre o guardián

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, made or guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

Las hojas de información sobre vacunas estan disponibles en español. Visite:

[http://www.immunize.org/vis/vis\\_spanish.asp](http://www.immunize.org/vis/vis_spanish.asp)

**Contraindicaciones para vacunación**

Está enfermo/a hoy o tiene fiebre >101  Sí  No Reacción seria a una vacuna en el pasado  Sí  No

**IPV**

Estudiante ha tenido un embarazo  Sí  No Alergia a neomycina, streptomycina, polymyxina B  Sí  No

**MMR & Varicella**

Alergia a la gelatina  Sí  No Alergia a neomycina  Sí  No

Está embarazada  Sí  No *No debes estar embarazada ahora y no debe quedar embarazada durante cuatro semanas. Si tiene relaciones sexuales, use un método anticonceptivo eficaz.*

Inmunosupresión del estudiante  Sí  No

**Hepatitis B**

Alergia a la levadura de panadería  Sí  No

**Influenza (Gripe)**

Esta es mi primera vacuna contra la gripe  Sí  No

Alergia a huevos, pollo, Timerosal, gentamicina, arginina, o algún componente de la vacuna  Sí  No

Tengo fiebre hoy  Sí  No

Tiene síndrome de Guillain-Barre  Sí  No

Tomo un medicamento anticoagulante  Sí  No Nombre de medicamento: \_\_\_\_\_

**Tdap**

Alergia al látex  Sí  No

Tiene historia de epilepsia, convulsiones, problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso  Sí  No

Tiene síndrome de Guillain-Barre  Sí  No