



**CUESTIONARIO Y FORMULARIO DE REGISTRO PARA LA VACUNA DE COVID-19  
PARA ESTUDIANTES**

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Género:**  M  F **Hispano/a Latino/a**  Si  No  
mes/día/año

**Raza:**  Indio/a Americano/a Nativo de Alaska  Asiático/a  Negro o afroamericano/a  Blanco/a  
 Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico  No se indica

Si es menor, nombre y fecha de nacimiento del padre/tutor \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Estado/Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Grado:** \_\_\_\_\_ **Maestro de aula:** \_\_\_\_\_ **Escuela:** \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE** Número de teléfono del padre/tutor Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

**Tipo de seguro:**  Seguro privado  Medicaid/Asistencia médica  Sin seguro

**AVISO DE CONSENTIMIENTO ATRIBUIDO PARA PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B O C**

El Código de Virginia § 32.1-45.1 (A) (1950), con sus enmiendas, requiere que VDH le brinde el siguiente aviso:  
 1. Si cualquier profesional de la salud, trabajador o empleado de VDH debe estar expuesto directamente a la sangre o fluidos corporales de mi hijo de una manera que pueda transmitir una enfermedad, entiendo que la ley exige que mi hijo proporcione una muestra de sangre venosa para realizar más pruebas. Entiendo que las pruebas que se realizarán son para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará el resultado de la prueba. 2. Si su hijo debe estar expuesto directamente a sangre o fluidos corporales de un profesional de la salud VDH, trabajador o empleado de una manera que pueda transmitir una enfermedad, se analizará la sangre de esa persona para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará a usted y a esa persona el resultado de las pruebas. Doy mi consentimiento para tales pruebas y para la divulgación de los resultados de la prueba a la persona que estuvo expuesta.

**He leído la Hoja de datos de Autorización de uso de Emergencia para la vacuna COVID-19 y entiendo los riesgos y beneficios. Creo que los beneficios superan los riesgos y acepto toda la responsabilidad por cualquier reacción que pueda resultar de la recepción de la vacuna. Doy mi consentimiento al Departamento de Salud y su personal autorizado para que mi hijo nombrado en la parte superior de este formulario reciba**

**Oficina de Privacidad y Seguridad - Autorización para la divulgación de información médica protegida**

Este consentimiento otorga permiso al Departamento de Salud de Virginia (VDH) para divulgar información de salud personal a la(s) persona(s) u organización(es) que he indicado.

- Entiendo que la provisión de tratamiento para mi hijo no puede estar condicionada por mi firma de esta autorización.
  - Cualquier información de salud que haya sido divulgada por mi o por mi hijo ya no estará protegida por esta autorización.
  - El original o una copia de la autorización se incluirán en el registro médico de mi hijo.
  - Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en tanto se hayan tomado medidas antes de que yo solicite la retención de mi registro médico. La solicitud debe ser por escrito y será efectiva a partir de la fecha de entrega al proveedor que esté en posesión de mis registros médicos. Entiendo que la provisión de tratamiento para mi hijo no puede estar condicionada por mi firma de esta autorización.
  - Autorizo que VDH divulgue la información de salud de mi hijo a su médico de atención primaria y a la escuela.
  - Entiendo que este registro se mantendrá hasta que mi hijo cumpla 21 años.
  - Autorizo que VDH divulgue los registros necesarios para respaldar la solicitud de pago de Medicare, Medicaid y otros beneficios de atención médica. El pagador externo debe pagar cualquier beneficio autorizado a VDH en mi nombre.
  - Entiendo que este documento será entregado y retenido por el departamento de salud pública y no será retenido por la escuela.
- Marque la casilla si desea recibir una copia de los Derechos de privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

**X**  
**Paciente, Padre/tutor legal o Persona que Actúa en Loco Parentis - Nombre en letra de molde Firma Fecha**

\*\*\*\*\*POR FAVOR COMPLETAR EL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PREVACUNACIÓN POSTERIOR\*\*\*\*\*

OFFICE USE ONLY- Check box to identify vaccine administered			
<input type="checkbox"/> COVID-19 Pfizer (0.3 mL) 12+ yo <small>(covid-19-pfr)</small>	<input type="checkbox"/> COVID-19 Moderna (0.5 mL) 18+ yo <small>(covid-19-mod)</small>		
<input type="checkbox"/> COVID-19 Pfizer (0.2 mL) 5-11 yo <small>(covid-19-pfr-5-11)</small>			
<b>Lot #</b>	<b>Exp. Dt:</b>	<b>Rte: IM Inj Site:</b> <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA	<b>Provider #</b>
<b>Provider Printed Name:</b>	<b>Signature:</b>	<b>Date:</b>	