

**Health Department**

729 Clay Street
Darlington, WI 53530
P. 608-776-4895
F. 608-292-7009

Otoño 2025

Estimado Padre o Tutor:

El Departamento de Salud del Condado de Lafayette está trabajando con la escuela de su hijo para administrar **la vacuna contra la gripe estacional y/o cualquier otra inmunización necesaria** a los niños a través de una colaboración con la Farmacia O'Connell. **Todas las vacunas requieren el permiso de los padres o tutores.**

Las declaraciones de información sobre vacunas y la información sobre vacunas se pueden encontrar en los siguientes enlaces. [Home | Immunize.org](#) and [Vaccine Basics | Vaccine Information](#)

Por favor llame al Departamento de Salud para cualquier pregunta sobre la vacuna o las clínicas de vacunación.

*Si desea que su estudiante sea vacunado, complete el formulario de permiso, seleccione las vacunas deseadas y devuélvalo a la escuela lo antes posible.

****Si no desea que su hijo sea vacunado, no devuelva el formulario a la escuela.**

Por favor, consulte el calendario de la Clínica de Vacunación de Otoño a continuación para conocer las fechas y horarios disponibles para todas las clínicas de vacunación escolares y comunitarias. Puede registrarse en una de las clínicas abiertas para **TODOS** utilizando el CÓDIGO QR a continuación o haciendo clic en este enlace. [Immunization Community Clinic](#).



Saludos,

Departamento de Salud del Condado de Lafayette

****¡Atención**! ¿Necesita vacunas? ¿No está seguro? ¡Llámenos! 608-776-4895**

Seguro, sin seguro... ¡podemos ayudarte!

Horario de la clínica de vacunas de otoño en el condado de Lafayette

Si tú o alguien que conoces está confinado en casa, llama para organizar una visita para la vacuna.		11/13/2025 Escuela Belmont 8:30-9:30 AM	Solo para estudiantes y personal
11/4/2025 La Escuela Blackhawk 9:00-10:00 AM	Abierto para TODOS	11/13/2025 Apartamentos Belmont 9:30-10:30 AM 351 South Mound Ave	Abierto para TODOS
11/4/2025 Edificio multiusos 11:00-5:30PM Darlington	Abierto para TODOS	11/13/2025 Escuela Argyle 1:00-4:00 PM	Abierto para TODOS
11/5/2025 Escuela Benton 8:30-9:30 AM	Solo para estudiantes y personal	11/14/2025 Escuela Hollandale 9:00-10:30 AM	Solo para estudiantes y personal
11/5/2025 Iglesia Punto de Partida 10:00-12:00 PM Benton	Abierto para TODOS	11/14/2025 Biblioteca de Blanchardville 11:00-1:00PM	Abierto para TODOS
11/5/2025 Escuela Shullsburg 1:00-4:00 PM	Abierto para TODOS	11/14/2025 Escuela Pecatonica 1:15-2:15 PM	Solo para estudiantes y personal
11/6/2025 Escuela Darlington 8:30-11:30 AM	Solo para estudiantes y personal	11/13/2025 Blanchardville - Apartamentos Rive 2:30-4:00 PM 303 Maple Street	Abierto para TODOS

Consentimiento informado para vacunación

Información del paciente: **** complete en letra de molde****

Última revisión: 10/2025

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Género asignado al nacer: _____ Identificación de género: _____

Raza: ☐ Blanca ☐ Negra/afroamericana ☐ India americana o nativa de Alaska* ☐ Asiática ☐ Nativa hawaiana/isleña del Pacífico

Etnicidad: ☐ Hispana o latina ☐ No hispana o latina

Nombre del seguro para medicamentos recetados: _____

RxBIN: _____ RxPCN: _____

RxID: _____ RxGroup: _____

Número de identificación de Medicare (si procede): _____

Número de identificación de ForwardHealth* (si procede): _____

Nombre del seguro médico de salud: _____

Número de identificación: _____ Grupo: _____

For Office Use ONLY:
(fill out for all persons under age 19)

VFC Eligible?

☐ YES ☐ NO

Reason?

Preguntas de evaluación sobre la elegibilidad para las vacunas:

¿Tiene una o más alergias graves al látex, medicamentos, alimentos, vacunas o alergias en general?

☐ NO ☐ Sí – Por favor, describa: _____

¿Ha tenido alguna vez una reacción grave al recibir una vacuna?

☐ NO ☐ Sí – Por favor, describa: _____

¿Le han diagnosticado epilepsia, algún problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?

☐ NO ☐ Sí – Por favor, describa: _____

¿Le han diagnosticado algún trastorno de la coagulación o está tomando algún anticoagulante (a excepción de aspirina)?

☐ NO ☐ Sí – Por favor, describa: _____

¿Tiene alguna afección crónica subyacente (como asma, EPOC, diabetes, cardiopatía, etc.)?

☐ NO ☐ Sí – Por favor, describa: _____

¿Tiene alguna afección inmunosupresora según lo definido por las pautas de la FDA o la EUA?

☐ NO ☐ Sí – Por favor, describa: _____

¿Está amamantando, está embarazada o planea quedar embarazada en el próximo mes?

☐ NO ☐ Sí – Por favor, describa: _____

¿Ha recibido inmunoglobulina, anticuerpos o alguna vacuna en las últimas cuatro semanas?

☐ NO ☐ Sí – Por favor, describa: _____

¿Siente náuseas el día de hoy, incluido cualquier problema en las vías respiratorias altas (La farmacia se lo preguntará el día de la vacunación)?

☐ NO ☐ Sí – Por favor, describa: _____

¿Ha sido diagnosticado/a o ha estado en contacto con alguna enfermedad contagiosa en los últimos 21 días?

☐ NO ☐ Sí – Por favor describa: _____

Información del padre/tutor(a)/tutor(a) legal: complete en letra de molde (si procede):

Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____

Declaración legal:

Certifico que soy:

- ☐ El/la paciente y tengo al menos 18 años de edad
- ☐ El padre o la madre/tutor(a)/tutor(a) legal del paciente (mencionado anteriormente)
- ☐ Un tercero o personal de atención médica que otorga una autorización verbal en nombre del paciente; o el/la tutor(a) legal del paciente (mencionado anteriormente)

Fecha de la autorización verbal: _____

Hora de la autorización verbal: _____

Por la presente, doy mi consentimiento para que el farmacéutico, técnico, residente, enfermero o interno de O'Connell Pharmacy, LTD., bajo la supervisión directa de un farmacéutico, administre la(s) vacuna(s) solicitada(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la(s) vacuna(s) y he recibido, leído y/o me han explicado las Declaraciones de Información sobre la Vacuna o el Formulario de Autorización de Uso de Emergencia asociado con la(s) vacuna(s) recibida(s). Por la presente, libero y eximo de responsabilidad a O'Connell Pharmacy, LTD., a sus empleados y médicos de práctica colaborativa de toda responsabilidad o reclamación conocida o desconocida relacionada de cualquier manera con la administración de la(s) vacuna(s). Doy mi consentimiento para que O'Connell Pharmacy, LTD. reporte la información de la(s) vacuna(s) al registro de inmunización y divulgue mi información médica a mis profesionales de la salud, proveedores de software asociados, Medicare, Medicaid y cualquier otro pagador externo según sea necesario para facilitar el pago. **Entiendo que esta consulta puede facturarse a mi seguro de farmacia, seguro médico o ambos. Además, acepto ser completamente responsable financieramente de cualquier monto adeudado, incluidos copagos, coseguros y deducibles.**

Firma: _____ Fecha: _____

¡La contraportada completa también!

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Tu hijo necesita vacunas? Si sabes qué vacuna(s) necesita y quieres que se administren en la escuela, marca lo que corresponda y devuélvelo. Nosotros revisaremos el Registro de Inmunización de Wisconsin. Si no estás seguro, consulta con tu escuela o con el Departamento de Salud al 608-776-4895. publichealth@lafayettecountywi.org. Solo envía este formulario de vuelta a la escuela si quieres que tu hijo se vacune.

	Flu/Influenza (Age 6 months+) (FLUZONE TRIV)	<i>Recomendado.</i> <i>No es obligatorio para la escuela.</i>
	Tdap (Age 10+) (Tetanus, Diphtheria, Pertussis) (BOOSTRIX)	<i>Se necesita para entrar a séptimo grado.</i>
	Meningitis (Age 11+) Meningococcal ACWY (MENQUADFI)	<i>Se necesita para entrar a séptimo grado.</i> <i>Se necesita un refuerzo en 12 grado.</i>
	HPV (Age 11+) (Human Papilloma Virus) (GARDASIL 9)	<i>Recomendado.</i> <i>No es obligatorio para la escuela.</i>
	Meningitis B (Age 16+) (Meningococcal ABCWY) (PENBRAYA)	<i>Recomendado.</i> <i>No es obligatorio para la escuela.</i>
	Hepatitis B (Any Age) (ENERGIX-B)	<i>Necesario cuando un niño empieza la escuela.</i>
	Measles, Mumps, Rubella (Age 1+) (MMR) (Priorix)	<i>Necesario cuando un niño empieza la escuela.</i>
	Varicella (Chickenpox) (Age 1+) (Varivax)	<i>Necesario cuando un niño empieza la escuela.</i>
	Polio (Age 1+) (IPOL)	<i>Necesario cuando un niño empieza la escuela.</i>
	Varicella + MMR Combo (Age 4+) (PROQUAD)	<i>Necesario cuando un niño empieza la escuela.</i>
	Covid-19 (Age 6 months+) (Pfizer COMIRNATY)	<i>Recomendado.</i> <i>No es obligatorio para la escuela.</i>

Si no quieres que vacunen a tu hijo, no envíes este formulario de vuelta a la escuela.