



DR. BRIAN V. HIGHTOWER
*Superintendente de
escuelas*

KYLA CROMER
*Presidente de la Junta
Escolar*

KELLY POOLE
*Vicepresidente de la Junta
Escolar*

MIKE CHAPMAN

JOHN HARMON

PATSY JORDAN

CLARK MENARD

ROBERT RECHSTEINER

25 de febrero de 2020

Estimados padres/tutores de alumnos Sophomore de CCSD,

A partir del ciclo lectivo 2020-21, de acuerdo con la ley del estado de Georgia (O.C.G.A § 20-2-771), todos los estudiantes que ingresan a 11° grado deben presentar en la escuela un comprobante de refuerzo de la vacuna contra el meningococo (MCV4).

Se solicita a las familias cumplimentar este requisito de vacunación antes del inicio del próximo ciclo lectivo, que comienza el lunes 3 de agosto de 2020. Este requisito debe ser cumplimentado por todos los estudiantes de 11° grado excepto aquellos que recibieron una primera dosis de la vacuna al cumplir o después de cumplir los 16 años o aquellos que hayan presentado una exención por motivos religiosos.

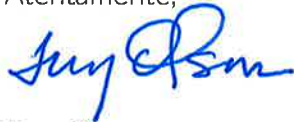
La enfermedad meningocócica es una afección grave causada por una bacteria que afecta el cerebro y la médula espinal. La meningitis puede causar shock, coma y la muerte en pocas horas a partir de los primeros síntomas. Con el fin de brindarles a las familias la oportunidad de recibir la nueva vacuna, el Departamento de Salud Pública de Georgia (DPH, por sus siglas en inglés) llevará a cabo una sesión de vacunación para recibir la dosis de refuerzo contra el meningococo en la Escuela Secundaria Cherokee (930 Marietta Highway, Canton 30114) el martes 17 de marzo de 2020 de 4 a 6:30 p.m. El personal de DPH estará a cargo de la sesión de vacunación.

Los estudiantes que tienen por lo menos 16 años de edad al 17 de marzo de 2020 y son acompañados por un padre/tutor podrán recibir la dosis de refuerzo. Los estudiantes que no tienen seguro médico o un plan de seguro que cubre las vacunas deberán pagar un costo administrativo durante la sesión de \$21.90. Los pagos pueden ser efectuados con efectivo, tarjeta de crédito o cheque.

Los estudiantes deben ir acompañados por el padre/madre/tutor. Deben presentar comprobante de seguro médico, si corresponde, y llevar el formulario de consentimiento cumplimentado y firmado. El formulario de consentimiento (adjunto) debe ser entregado al personal el día de la sesión de vacunación.

Agradecemos al DPH por brindarles a nuestras familias esta oportunidad. Para más información sobre esta y otras vacunas, visite el sitio <http://dph.georgia.gov/vaccines-children>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el jefe de enfermería de CCSD, Jaime Stowe al correo electrónico jaimestowe@cherokeek12.net o al teléfono 770.721.8480.

Atentamente,



Trey Olson
Jefe de Operaciones

cc: Dr. Debra Murdock, director ejecutivo en función
Todos los directores de las escuelas secundarias
Jaime Stowe, jefe de enfermería



Clínica de Salud Pública del Condado Cherokee

Consentimiento para vacunación de 11o grado

Todos los niños menores de 18 años deben estar acompañados por un adulto.

Sección 1: Información sobre estudiante que recibirá vacunas

NOMBRE DE ESTUDIANTE (Apellido)	(Primer nombre)	(Inicial de segundo nombre)	NOMBRE DE ESCUELA:	
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO)	EDAD (EN AÑOS)	SEXO: M / F	MAESTRA	GRADO ESCOLAR
ETNISIDAD <i>(circular por favor)</i> No Hispano o Latino- Hispano o Latino	RASA <i>(circular por favor)</i> Africano Americano, blanco, Americano Indígena, Asiático, Alaska Indígena, Indígena Hawaiano, Otro Pacifico Islander, Other		NOMBRE DE PADRE O TUTOR LEGAL	
DIRECCION DE HOGAR (CALLE)			TELEFONO DE PADRE O TUTOR LEGAL	
(CIUDAD)	(ESTADO)	CODIGO POSTAL	PARENTAL/ GUARDIAN E-MAIL	
INFORMACION DE SEGURO MEDICO: ¿TIENE SEGURO QUE CUBRA VACUNAS? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO FAVOR DE INDICAR EL NOMBRE DE SEGURO MEDICO DEL ESTUDIANTE: <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> OTRO _____ <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> PeachCare <input type="checkbox"/> No TIENE SEGURO <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> United Healthcare ___ EFECTIVO ___ CHEQUE			ANOTE LA INFORMACION DE EL PROVEEDOR DE SEGURO MEDICO DEL ESTUDIANTE Y AGRIEGUE COPIA DE LA IMAGEN DE LA TARJETA DE SEGURO MEDICO nombre del titular de la póliza _____ número del grupo _____ número del miembro _____	

Sección 2: INFORMACION MEDICA: Las siguientes preguntas nos ayudaran a verificar que el estudiante pueda ser elegible para recibir su vacuna.

**favor de circular si o no para cada pregunta.*

1. ¿El estudiante sufre de alguna alergia a medicinas, comidas, látex, o vacunas? cuales:	Si	no
2. ¿El estudiante alguna vez se ha desmallado después de recibir vacunas?	Si	no
3. ¿El estudiante alguna vez ha tenido una reacción seria a alguna vacuna? cuales:	Si	no
4. ¿El estudiante tiene alguna condición médica significativa o crónica? (por ejemplo: diabetes o Enfermedades del corazón, pulmones, epilepsia, cerebral muscular o nervioso) cuales:	Si	no
5. ¿El estudiante tiene algún problema inmunológico? (¿Por ejemplo, de sida, cáncer, o toma medicamentos como esteroides o aquellos usados para tratamiento del cáncer?)	Si	no
6. ¿El estudiante esta tomando tratamiento a largo plazo de aspirina?	Si	no
7. ¿El estudiante tiene problemas del cerebro o sistema nerviosos (¿ejemplo? Síndrome Guillain-Barre)?	Si	no
8. ¿El estudiante ha recibido trasfusión de sangre o, inmune globulina, o medicamento en contra de un virus?	Si	no
9. ¿hay alguna posibilidad que su estudiante se encuentre embarazada?	Si	no

Sección 3: Consentimiento: Usted tiene la opción de aceptar o negar consentimiento para que su estudiante pueda recibir la vacuna. Si usted niega consentimiento su estudiante no recibirá la vacuna. Si no está toda la información necesaria completa en esta forma, el estudiante no recibirá la vacuna.

Acepto consentimiento para que la Clínica de Salud Pública de Cherokee vacune a mi estudiante nombrado arriba pueda recibir la vacuna **MCV4 (Meningitis)**

Yo reconozco que la información arriba sobre mi estudiante y su salud esta correcta. Yo he recibido información sobre la vacuna llamadas "Vaccine Information Statements" y la información sobre EL AVISO DE PRIVACIDAD. Yo he tenido la oportunidad de que mis preguntas se hayan contestado en su totalidad. Yo comprendo los riesgos y beneficios de la vacuna que será administrada a mi estudiante. Yo entiendo que la participación de administración de vacunas es completamente voluntaria. Con mi firma abajo yo doy permiso para que mi estudiante reciba las vacunas indicadas arriba.

Firma de padre o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

NO daré consentimiento para que la Clínica de Salud Pública de Cherokee administre vacunas a mi estudiante

Firma de padre o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

FOR CLINIC USE ONLY

Vaccine	Adm Route IM	Date Dose Administered:	Mfg:	Lot #	Exp Date:	VIS Date:	
<input type="checkbox"/> MCV4	LA / RA						Signature of Nurse: _____ Date: _____