



# CLARKSVILLE SCHOOL DISTRICT

David Hopkins, Ed.D. - Superintendent

*Spanish*

1701 CLARK ROAD • CLARKSVILLE, ARKANSAS 72830  
TELEPHONE: 479-705-3200 • FAX: 479-754-3748

## Coronavirus-19 Vaccination Clinic on April 19, 2021

(only for students age 16 and older)

In compliance with the Family Education Right to Privacy Act (FERPA) (20 U.S.C. 1232g; 34 CFR Part 99), I give permission for my child to participate in the School Immunization Clinic. I understand that the appropriate Pfizer Company, Department of Health, and local Clarksville Family Pharmacy consent forms will be provided for my consideration prior to the clinic.

### CLÍNICA DE INMUNIZACIÓN ESCOLAR

Clínica de vacunación Coronavirus-19 el 19 de abril de 2021

(Sólo para estudiantes de 16 años o más)

De conformidad con la Ley del Derecho a la privacidad de la Educación Familiar (FERPA), doy permiso para que mi hijo(a) participe en la Clínica de Vacunación escolar. Tengo entendido que los formularios de consentimiento correspondientes de la Compañía Pfizer, Departamento de Salud y la Farmacia Familiar de Clarksville local se proporcionara para mi consideración antes de la clínica.

**Name of Parent/Legal Guardian**

*(Nombre del Padre de familia /  
Responsable del menor)*

---

**Minor's First and Last Name**

*(Nombre y Apellido del menor)*

---

**Parent/Legal Guardian Signature**

*(Firma del Padre de familia / Responsable del  
menor)*

---

**Date signed**

*(Día firmado)*

---

# Formulario de Consentimiento de Vacunación Covid-19 2020-2021

Apellido (por favor imprima) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Género: Masculino / Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

## DETECCIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA VACUNACIÓN:

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 1. ¿Está embarazada?  | Sí / No                              |
| 2. ¿Está amamantando actualmente?   | Sí / No                              |
| 3. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia, dificultad para respirar) a otras vacunas o medicamentos/perfusiones inyectables?  | Sí / No                              |
| 4. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia, dificultad para respirar) a cualquier componente de la vacuna, incluidas las nano partículas lipídicas o el poli etilenglicol (PEG)?                 | Sí / No                              |
| 5. ¿Ha recibido alguna otra vacuna en los últimos 14 días o está previsto que reciba alguna vacuna en los próximos 14 días?   | Sí / No                              |
| 6. ¿Ha recibido infusiones de plasma convaleciente o anticuerpos monoclonales/polucionales para COVID-19 en los últimos 90 días?  | Sí / No                              |
| 7. ¿Es menor de 16 años?  | Sí / No                              |
| 8. ¿Está enfermo(a) actualmente? Por ejemplo, ¿está experimentando actualmente fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, etc.? | Sí / No                              |
| 9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o estás tomando un anticoagulante?   | Sí / No                              |
| 10. ¿Ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 10 días?  | Sí / No                              |
| 11. ¿Está en cuarentena por la exposición a COVID-19?   | Sí / No                              |
| 12. Si esta es su segunda dosis, ¿cuándo fue la fecha de su primera dosis?  | Fecha de la Primera dosis __/__/____ |
| 13. Si esta es su segunda dosis, ¿qué vacuna recibió (Pfizer, Moderna, etc.)?   | _____                                |

## CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:

He revisado mis respuestas a las preguntas anteriores con el vacunador. Si experimento alguna reacción adversa después de salir, notificaré a mi proveedor de atención primaria. He visto la Hoja informativa de autorización de uso de emergencia que se me proporcionó hoy. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna.

La vacuna comprobada anteriormente debe administrarse a la persona mencionada anteriormente para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud. Entiendo que puedo revisar un Aviso de Práctica de Privacidad en el momento de la vacunación.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO:

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY					VIS Date
Vaccine	Date Vaccination and EUA Given:	Route	Manufacturer	Lot No.	Printed Name and Signature of Vaccine Administrator
COVID 19		IM	Pfizer		

<b>Confidential Information Sheet</b>		Your answers to the questions below will allow our pharmacists to maintain your pharmaceutical history properly and will aid in advising you about the medications you are using.	
<b>PLEASE PRINT:</b>			Date: _____
LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE INITIAL	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
STREET ADDRESS		CITY, STATE, ZIP	
HOME PHONE	CELL (IF YOU WOULD LIKE TEXT NOTIFICATION)	DATE OF BIRTH	
CONTAINER PREFERENCE <input type="checkbox"/> CHILD-PROOF <input type="checkbox"/> NON CHILD-PROOF		SOCIAL SECURITY NUMBER	
KNOWN DRUG ALLERGIES			
PHARMACIST'S NOTES:			
Please let us know whenever any of the above data changes.			

Hoja de información confidencial: Historia e información de un estudiante mayor o de 16 años.

Sus respuestas a las siguientes preguntas permitirán a nuestros farmacéuticos mantener su historial farmacéutico correctamente y le ayudarán a informarle sobre los medicamentos que está utilizando.

Gracias.

Apellido del paciente, \_\_\_\_\_, Nombre \_\_\_\_\_, Medio inicial \_\_\_\_\_

Género: Hombre \_\_\_ o Mujer \_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ teléfono celular: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Alergias a los medicamentos (Alergias conocidas a los medicamentos):

Notas del farmacéutico:

**Persona que recibe la vacuna:**

(legal) Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2º nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. He leído o me han explicado las declaraciones de información sobre la vacuna de la serie para la vacuna Pfizer y entiendo los riesgos y beneficios de esta vacuna.

• Doy mi consentimiento a la Farmacia Familiar de Clarksville y el personal, en asociación con el Departamento de Salud de Arkansas y el Distrito Escolar de Clarksville, para administrar la vacuna Pfizer Covid-19 a mi hijo(a) que se menciona a continuación y que tiene 16 años de edad o más.

• Entiendo que la información sobre esta vacunación Covid-19 será incluida en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Arkansas.

2. A mi compañía de Seguros:

• Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi(s) reclamo(s) de seguro(s).

• Autorizo y solicito el pago de beneficios médicos directamente a Farmacia Familiar de Clarksville. Estoy de acuerdo en que la autorización cubrirá todos los servicios médicos prestados hasta que dicha autorización sea revocada por mí.

• Acepto que se puede utilizar la fotocopia de este formulario en lugar del original.

3. Información del paciente:

(Legal) Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2º nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: Hombre \_\_ o mujer \_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

4. Estatus del Seguro:

Relación del paciente con el titular de la póliza de seguro:

Propio \_\_\_\_, esposo \_\_\_\_, niño \_\_\_\_, Otro \_\_\_\_

Número de niños de Medicaid/AR: \_\_\_\_\_

Número de Medicare: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Id. de miembro/número de póliza: \_\_\_\_\_

Información requerida del titular de la póliza:

(legal) Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2º nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador titular de la póliza: \_\_\_\_\_