



Allison Hatfield, Dra.  
Sarah Latiolais Ardoin, Dra.  
Emily Fruge' Simon, Dra.

153 Bulevar Town  
Opelousas, LA 70570  
Teléfono: (337)942-4453  
Fax: (337)948-0900

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

### DATOS DEL NIÑO/A (PACIENTE):

Apellido del niño/a: \_\_\_\_\_ Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Género:  M  F  
Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Raza:  Negro/afroamericano  Hispano/a  
 Blanco/caucásico  Otro \_\_\_\_\_ Idioma principal:  Inglés  Otro \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LA MADRE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
SS#: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Padre/madre/tutor con custodia: Y N N/A \*Por favor, adjunte la documentación\*

### INFORMACIÓN DEL PADRE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
SS#: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Padre/madre/tutor con custodia: Y N N/A \*Por favor, adjunte la documentación\*

### DATOS DEL TUTOR LEGAL: \*Por favor, adjunte documentación acreditativa\*

Nombre del tutor legal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL SEGURO: Marque una opción y rellene la información correspondiente:

- Pago directo  
 Medicaid - Si dispone de Medicaid, ¿en qué plan de salud Bayou está inscrito/a? \_\_\_\_\_  
 Seguro privado

Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_  
Del asegurado SS#: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

### PREFERENCIA DE FARMACIA:

Nombre de la farmacia principal: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia alternativa: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor/a: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del padre/madre o tutor/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Dra. Allison Hatfield  
Dra. Sarah Latiolais Ardoin  
Dra. Emily Fruge' Simon

153 Town Boulevard  
Opelousas, LA 70570  
(337) 942-4453 Teléfono  
(337) 948-0900 Fax

### CONSENTIMIENTO HIPAA PARA COMPARTIR CON OTRAS PERSONAS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Las siguientes personas podrán acompañar al paciente a las citas médicas, así como recibir información médica relacionada con el paciente. Indique los nombres, datos de contacto y especifique si la persona está autorizada para programar o cancelar citas o realizar modificaciones en el historial médico.

\_\_\_\_\_  
Nombre Número de teléfono Relación Programar/Cancelar cita \_\_\_\_\_ Modificar historial \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Número de teléfono Relación Programar/cancelar cita \_\_\_\_\_ Modificar historial \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Número de teléfono Relación Programar/cancelar cita \_\_\_\_\_ Modificar historial \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Número de teléfono Relación Programar/cancelar cita \_\_\_\_\_ Modificar historial \_\_\_\_\_

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_



Dra. Allison Hatfield  
Dra. Sarah Latiolais Ardoin  
Dra. Emily Fruge' Simon

153 Town Boulevard  
Opelousas, LA 70570  
(337) 942-4453 Teléfono  
(337) 948-0900 Fax

## HERMANOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor, indique los hermanos del paciente mencionado arriba:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Este niño es paciente de Lily Pad Pediatrics?  Sí  No

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Este niño es paciente de Lily Pad Pediatrics?  Sí  No

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Este niño es paciente de Lily Pad Pediatrics?  Sí  No

4. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Este niño es paciente de Lily Pad Pediatrics?  Sí  No



## AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO EXPLICA CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA.

### LÉALO DETENIDAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede ponerse en contacto con el Responsable de Privacidad de la consulta llamando al número principal de la clínica.

#### Nuestras responsabilidades

Estamos obligados por ley a proteger la confidencialidad de su información de salud, proporcionarle una descripción de nuestras prácticas de privacidad y avisarle si se produce una brecha de seguridad en su información protegida. Usted tiene ciertos derechos y nosotros, ciertas obligaciones legales en relación con la privacidad de su Información de Salud Protegida; este aviso también le explica sus derechos y nuestras responsabilidades. Cumpliremos con lo dispuesto en este aviso.

#### Usos y divulgaciones

##### Cómo podemos utilizar y compartir su información de salud.

Las siguientes categorías muestran ejemplos de cómo podemos utilizar y compartir su información médica:

**Para tratamiento:** Podemos utilizar su información de salud para ofrecerle atención médica o servicios. También podremos compartir esa información con médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal de la consulta que participe en su cuidado. Por ejemplo, su información de salud podría facilitarse a un médico u otro profesional al que haya sido derivado.

**Para pago:** Podemos usar y divulgar información sobre su tratamiento y servicios para facturar y cobrar los pagos de usted, su compañía de seguros o de un tercero. Por ejemplo, puede que tengamos que comunicar a su seguro detalles sobre una cirugía u otros servicios médicos para que nos paguen o le reembolsen. También podemos informar a su aseguradora sobre tratamientos que va a recibir para saber si están cubiertos.

**Para operaciones de atención sanitaria:** Nuestros médicos pueden utilizar la información de su historial para evaluar el cuidado y los resultados en su caso y en casos similares. Estos resultados nos ayudan a mejorar continuamente la calidad de la atención de todos los pacientes. Por ejemplo, podemos combinar información de salud de varios pacientes para analizar la necesidad de nuevos servicios o tratamientos. También podemos compartir información con médicos, enfermeros y otros estudiantes con fines educativos, y comparar información con la de otros centros para detectar posibles mejoras. Podemos eliminar los datos que permitan identificarle de este conjunto para proteger su privacidad.

También podemos utilizar y compartir información sanitaria en otros casos:

- Para recordarle que tiene una cita médica;
- Para conocer su grado de satisfacción con nuestros servicios;
- Para informarle sobre alternativas de tratamiento;
- Para comunicarle beneficios y servicios relacionados con la salud;
- Para actividades de salud pública orientadas a mejorar la salud o reducir costes sanitarios; y
- Para realizar programas de formación o evaluar la competencia de los profesionales sanitarios;

Al compartir información, especialmente recordatorios de citas y gestiones de facturación, podemos dejar mensajes en su contestador automático o buzón de voz.

**Colaboradores externos:** Algunos servicios los prestamos a través de acuerdos con colaboradores externos. Por ejemplo, empresas de facturación, transcripción o servicios de copias que utilizamos para su historial médico. En estos casos, podemos facilitar su información de salud a dichos colaboradores para que realicen la tarea solicitada y le facturen a usted o a un tercero por los servicios prestados. Sin embargo, estos colaboradores están obligados por ley a proteger adecuadamente su información.

**Personas implicadas en su cuidado o en el pago de su atención y/o con fines de notificación:** Podemos facilitar información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté implicado en su atención o que le ayude con los gastos, o bien para avisar o colaborar en la localización de un familiar, su representante legal u otra persona responsable de su cuidado, informando de su ubicación y estado general. Además, podemos compartir información con entidades que colaboren en situaciones de emergencia o catástrofes para ayudar a proporcionar este aviso.

**Investigación:** El uso de la información sanitaria es fundamental para generar nuevos conocimientos y mejorar la atención médica. Podemos utilizar o compartir su información para estudios de investigación, pero únicamente cuando cumplan todos los requisitos legales nacionales y autonómicos para proteger su privacidad (por ejemplo, empleando datos anonimizados siempre que sea posible). Además, puede que le contactemos para invitarle a participar en algún estudio de investigación.

**Comunicaciones futuras:** Podemos ponernos en contacto con usted a través de boletines, envíos por correo u otros medios para informarle sobre opciones de tratamiento, información relacionada con la salud, programas de gestión de enfermedades, programas de bienestar, proyectos de investigación o actividades e iniciativas comunitarias en las que participe la consulta.

**Intercambio de Información Sanitaria/Organización Regional de Información Sanitaria:** La legislación nacional y autonómica puede permitirnos colaborar con otros proveedores de atención médica, aseguradoras y participantes del sector sanitario y sus subcontratistas, para que estas personas y entidades puedan compartir su información sanitaria entre sí con fines que pueden incluir, entre otros: mejorar la precisión y disponibilidad de sus historiales médicos, reducir el tiempo de acceso a la información, agrupar y comparar datos para mejorar la calidad asistencial, y otros propósitos permitidos por la ley.

**Cuándo debemos obtener su autorización:** Es necesario que obtengamos su autorización antes de usar o divulgar su información sanitaria para los siguientes fines:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- La mayoría de los casos en los que se comparten notas de psicoterapia

**Según lo exige la ley:** Podemos revelar información cuando la ley nos lo requiera.

**Según lo permite la ley:** También podemos usar y revelar información sanitaria a las siguientes entidades, entre otras:

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
- Autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- Instituciones penitenciarias
- Agentes de compensación laboral
- Organizaciones de donación de órganos y tejidos
- Autoridades militares
- Agencias de supervisión sanitaria
- Directores de funerarias y forenses

- Agencias Nacionales de Seguridad e Inteligencia
- Servicios de Protección para el Presidente y otras personas
- Persona o personas capacitadas para prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad

**Fuerzas del orden:**Podemos revelar información médica a las autoridades policiales con fines como facilitar información limitada para localizar a una persona desaparecida o denunciar un delito.

**Procesos judiciales o administrativos:**Podemos divulgar información médica protegida según lo permita la ley en el contexto de procedimientos judiciales o administrativos, como respuesta a una orden judicial, orden de registro o citación.

**Requisitos-Específicos por Estado:**Muchos estados exigen notificaciones relacionadas con actividades poblacionales enfocadas a mejorar la salud o reducir los costes sanitarios. Algunos estados cuentan con leyes de privacidad independientes que pueden establecer requisitos legales adicionales. Si la normativa de privacidad estatal es más estricta que la ley federal, prevalece la normativa estatal.

**Recaudación de fondos:** Podemos ponernos en contacto con usted para campañas de recaudación de fondos, pero puede indicarnos que no desea recibir más comunicaciones.

**Sus derechos en relación con su información médica protegida**

Usted dispone de los siguientes derechos, sujetos a ciertas limitaciones, respecto a su información médica protegida:

- **Derecho a revisar y obtener copias:** Tiene derecho a revisar y solicitar una copia de la información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención. Normalmente, esto incluye historiales médicos y de facturación, pero no incluye las notas de psicoterapia. En determinadas circunstancias muy concretas, podemos denegar su solicitud de revisión y copia. Si se le deniega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise esa decisión. Un profesional sanitario autorizado, distinto al que tomó la decisión inicial, será designado por la consulta para revisar su solicitud y la denegación. Cumpliremos con el resultado de dicha revisión.
- **Derecho a solicitar una modificación:** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras la información se conserve en la consulta o en su nombre. Cualquier solicitud de modificación debe realizarse por escrito y dirigirse al Responsable de Privacidad de la consulta. Podemos denegar su solicitud de modificación; en ese caso, se le informará del motivo de la denegación.
- **Derecho a restringir usos o divulgaciones:** Tiene derecho a pedirnos que no utilicemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, pago u operaciones propias. No estamos obligados a aceptar su petición, y podemos rechazarla si afecta a su atención. Si paga de su bolsillo la totalidad de un servicio o producto sanitario, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora con fines de pago u operaciones. Diremos que “sí” salvo que alguna ley nos obligue a compartir esa información.
- **Derecho a un informe de divulgaciones:** Tiene derecho a solicitar un informe de divulgaciones. Esto consiste en una relación de determinadas divulgaciones que hemos hecho de su información médica para fines distintos al tratamiento, pago u operaciones sanitarias, en los casos en que no era necesaria su autorización. Solo estamos obligados a aceptar su solicitud si 1) salvo que la ley disponga lo contrario, la divulgación se realiza a su aseguradora y está relacionada con el pago u operaciones sanitarias (pero no con el tratamiento) y 2) la información se refiere únicamente a servicios sanitarios que usted ha abonado en su totalidad. Para otras solicitudes, no estamos obligados a aceptarlas. Si lo hacemos, cumpliremos con su petición salvo que la información sea necesaria para prestarle atención en caso de emergencia.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una forma determinada o en un lugar específico. Por ejemplo, puede pedir que le contactemos en su lugar de trabajo en vez de en su domicilio. La consulta atenderá las solicitudes razonables de comunicaciones confidenciales en ubicaciones o mediante medios alternativos, siempre que la petición se realice por escrito e incluya una dirección postal donde pueda recibir las facturas y la correspondencia relacionada con el pago de los servicios prestados por la consulta. Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho de ponernos en contacto por otros medios o en otros lugares si no responde a alguna comunicación que requiera su respuesta. Le avisaremos siguiendo su solicitud original antes de intentar contactarle por otros medios o en otra ubicación.
- **Copia impresa de este aviso:** Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha optado por recibirlo electrónicamente, sigue teniendo derecho a una copia en papel. Para ejercer cualquiera de sus derechos, solicite los formularios necesarios al Responsable de Privacidad y envíe su petición por escrito. **CAMBIOS EN ESTE AVISO:** Nos reservamos el derecho de modificar este aviso; el aviso revisado será válido para toda la información que tengamos sobre usted, así como para la que recibamos en el futuro. El aviso vigente estará disponible en la consulta e incluirá la fecha de entrada en vigor. **RECLAMACIONES:** Si considera que se ha vulnerado su privacidad, puede presentar una reclamación en la consulta siguiendo el procedimiento descrito en la documentación de Derechos del Paciente. También puede presentar una reclamación ante el Secretario del Departamento de Salud. Todas las reclamaciones deben presentarse por escrito.

**No se le penalizará por presentar una reclamación.**

**OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN SANITARIA:** Cualquier otro uso o divulgación de información sanitaria que no esté contemplado en este aviso o en la legislación aplicable solo se realizará con su autorización por escrito. Si nos da permiso para usar o compartir información sobre usted, podrá revocar esa autorización por escrito en cualquier momento. Si retira su autorización, dejaremos de usar o divulgar sus datos médicos para los fines cubiertos por esa autorización. Tenga en cuenta que no podremos deshacer las divulgaciones que ya se hayan realizado con su permiso y que estamos obligados a conservar los registros de la atención prestada.

**RESPONSABLE DE PRIVACIDAD DE LA CONSULTA:** Gerente de Oficina (337-942-4453)

**Yo, el/la paciente o representante de Lily Pad Pediatrics abajo firmante, reconozco que he leído y revisado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta consulta. Entiendo que siempre habrá una copia disponible para consulta. Además, comprendo que cualquier pregunta que tenga podrá dirigirse al Responsable de Privacidad de la consulta y/o a mi profesional sanitario.**

Paciente/Representante del paciente:

Nombre en letra impresa: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para la receta electrónica

La receta electrónica se define como la capacidad del médico de enviar digitalmente una prescripción médica precisa, sin errores y comprensible, directamente a la farmacia desde el lugar de atención. El Congreso ha determinado que la posibilidad de enviar recetas electrónicas es fundamental para mejorar la calidad de la atención al paciente. La receta electrónica reduce notablemente los errores en la medicación y aumenta la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MAM) de 2003 estableció los estándares que debe cumplir un programa de receta electrónica, entre los que se incluyen:

- Transacciones de formulario y beneficios – proporciona al prescriptor información sobre qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios farmacéuticos Página 6 de 11
- Transacciones de historial de medicación – ofrece al médico datos sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando, para reducir el riesgo de eventos adversos.
- Notificación del estado de dispensación – permite al prescriptor recibir un aviso electrónico de la farmacia indicando si la receta ha sido retirada, no retirada o retirada parcialmente.

Hay ciertos medicamentos que NO pueden enviarse electrónicamente (por ejemplo, algunos fármacos para el TDAH); en estos casos, la receta debe recogerse en persona y firmarse. Al firmar este consentimiento, acepta que nuestros profesionales puedan solicitar y consultar su historial farmacéutico de otros proveedores de salud y/o entidades gestoras de beneficios farmacéuticos para fines de tratamiento.

Tras haber comprendido todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado para que los profesionales de Lily Pad Pediatrics inscriban al paciente en el Programa de Receta Electrónica. He tenido la oportunidad de plantear preguntas y todas han sido respondidas de manera satisfactoria.

\_\_\_\_\_  
Iniciales                      Fecha

## Política de “No Presentación” y Puntualidad en las Citas

Si llega con más de 15 minutos de retraso a su cita, esta podrá ser reprogramada para otra fecha. Si no puede asistir, debe cancelar la cita con antelación adecuada (se agradece notificarlo con 24 horas de antelación). Si no cancela la cita con al menos 24 horas de aviso, se considerará como una “No Presentación” según esta política. Si se pierden tres o más citas, el paciente podrá ser dado de baja de Lily Pad Pediatrics.

\_\_\_\_\_  
Iniciales                      Fecha

## Baja por Embarazo del Paciente

Si una paciente queda embarazada mientras es paciente activa en Lily Pad Pediatrics, podrá ser dada de baja de la consulta. Si el padre del futuro bebé también es paciente de Lily Pad Pediatrics, él también podrá ser dado de baja.

\_\_\_\_\_  
Iniciales                      Fecha

## Consentimiento para la Vacunación

### **\*EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL DEBE ESTAR PRESENTE PARA LAS VACUNAS\***

Por la presente, doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba las vacunas correspondientes a su edad. Los riesgos, indicaciones y posibles efectos secundarios de estas vacunas me han sido explicados detalladamente. Además, se me ha entregado una copia y he leído, o se me ha explicado, la información sobre las enfermedades y las vacunas/procedimientos. He tenido la oportunidad de plantear mis dudas, las cuales han sido resueltas de manera satisfactoria. Soy consciente de los riesgos asociados y he solicitado que las vacunas/procedimientos se administren a mí o a la persona mencionada anteriormente, para quien estoy autorizado/a a hacer esta solicitud. El profesional sanitario me ha explicado y comprendo los posibles riesgos de recibir este tratamiento. Entiendo también que, según el criterio médico de mi proveedor, mi consentimiento podría requerir tratamientos adicionales o reducir las probabilidades de recuperar la salud normal. Eximo de toda responsabilidad a los profesionales de Lily Pad Pediatrics por cualquier reacción vinculada a este procedimiento o vacunación.

Las vacunas que se administran en esta clínica son las siguientes (según la edad):

- |               |             |                       |                 |
|---------------|-------------|-----------------------|-----------------|
| - Hepatitis A | - VPH       | - Tdpa                | - Meningocócica |
| - Hepatitis B | - Hib       | - Triple vírica (MMR) |                 |
| - Gripe       | - Rotavirus | - Polio               |                 |
| - Neumococo   | - DTPa      | - Varicela            |                 |

\_\_\_\_\_  
Iniciales                      Fecha

## Consentimiento para el tratamiento

Por la presente, autorizo a los profesionales de Lily Pad Pediatrics, o a las personas designadas por ellos, a entrevistar, examinar y realizar los procedimientos necesarios, así como a proporcionar el tratamiento adecuado al paciente mencionado arriba. Entiendo y acepto que, durante el proceso de atención, puede ser necesario solicitar o facilitar historiales médicos a otros profesionales para garantizar la continuidad asistencial. Estos documentos pueden incluir, entre otros, notas de progreso y/o de visitas; resultados de laboratorio; pruebas de imagen (radiografías, TAC, resonancias, etc.); informes hospitalarios; y listas de medicación. Autorizo a Lily Pad Pediatrics, LLC a solicitar, obtener o facilitar los historiales médicos que sean necesarios para mantener la continuidad asistencial.

\_\_\_\_\_  
Iniciales                      Fecha

## Política de Justificantes Escolares

Los justificantes para la escuela y/o el trabajo se entregarán a los pacientes de Lily Pad Pediatrics el mismo día de la cita.

Consultas por enfermedad: Los justificantes serán válidos el día de la cita y durante los días que el profesional indique. Se permitirá retroactividad únicamente hasta el día en que los síntomas fueron comunicados al equipo de Lily Pad Pediatrics o desde la fecha en que se solicitó la cita.

Consultas de revisión general: Salvo indicación contraria del profesional, los justificantes solo cubrirán el día de la cita. No se concederán días adicionales ni retroactividad.

Todos los justificantes deberán llevar el sello en relieve con el logotipo de Lily Pad Pediatrics.

Está terminantemente prohibida cualquier reproducción, manipulación o falsificación de justificantes escolares o laborales y será motivo de expulsión.

Esto incluye el nombre Lily Pad Pediatrics, el nombre de cualquier profesional o empleado, el logotipo de Lily Pad Pediatrics y las fechas de enfermedad y ausencia justificada.

Cualquier falsificación de la firma de un profesional de Lily Pad Pediatrics también conllevará acciones legales.

Si se extravía un justificante, solo se podrá solicitar una copia directamente en la consulta.

He leído y comprendo esta normativa tal como ha sido explicada. Entiendo que infringirla puede suponer la expulsión de Lily Pad Pediatrics, así como la posible presentación de cargos legales a criterio del profesional.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Autorización y Consentimiento para Tratamiento Médico, Garantía de Pago y Reconocimiento de Recepción de Aviso de Prácticas de Privacidad

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO MÉDICO:** Como paciente de **Lily Pad Pediatrics, La Clínica**, reconozco que la clínica tiene la obligación de realizar evaluaciones y atender emergencias médicas cuando corresponda, así como de brindar la atención y el tratamiento adecuados a todos los pacientes. Por la presente, autorizo a la clínica y a sus médicos afiliados y demás profesionales titulados a solicitar y/o proporcionar servicios directos e indirectos con el fin de diagnosticar y tratar enfermedades, trastornos, lesiones u otras afecciones. Entiendo que los profesionales actuarán de buena fe para ofrecer una atención de calidad. No obstante, no se puede garantizar una cura o resolución específica. Como paciente, tengo derecho a participar en la elaboración de mis planes de atención y en las opciones de tratamiento. Puedo revocar este consentimiento general en cualquier momento. Para procedimientos médicos o tratamientos específicos, se me solicitará un consentimiento adicional informado. Doy mi consentimiento para la atención por telemedicina realizada por un profesional de la Clínica. Esto incluye exámenes, pruebas diagnósticas, tratamientos y otros servicios sanitarios que el profesional considere necesarios según su criterio profesional. Entiendo que tengo la opción de rechazar los servicios de atención sanitaria por telemedicina en cualquier momento sin que ello afecte mi derecho a futura atención médica o tratamiento, y sin riesgo de perder o ver retirados los beneficios a los que tenga derecho por otros motivos. Asumo la responsabilidad de cualquier copago, franquicia u otros cargos derivados de este servicio.

**CESIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE PAGO:** Autorizo a la Clínica a facturar a mi compañía de seguros o a cualquier tercero designado por los servicios prestados en relación con mi atención. Reconozco que la Clínica presentará las reclamaciones en mi nombre como cortesía, y que yo, como responsable de la cuenta, sigo siendo responsable del pago de los importes y de los servicios no cubiertos. Acepto abonar las tarifas establecidas por la clínica por todos los servicios prestados al paciente indicado más abajo. Además, reconozco que estoy informado/a de que la clínica puede disponer de políticas de asesoramiento y ayuda financiera.

**AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA ATENCIÓN GENERAL Y DE URGENCIA:** Por la presente autorizo a la clínica a facilitar información médica u otros datos a cualquier aseguradora o tercero para quienes se haya realizado la cesión de beneficios por un servicio médico. Comprendo que mi información puede ser divulgada por obligación legal para cualquier actividad relacionada con el tratamiento, el pago o la gestión (TPO) vinculada a mi atención. Asimismo, autorizo a los profesionales sanitarios de la clínica a compartir información médica y otros datos con otros profesionales o centros de salud cuando sea necesario para atención de urgencia o continuidad asistencial. Salvo que yo, el paciente o tutor, lo restrinja expresamente, la información de salud también podrá ser compartida con familiares directos que colaboren activamente en la gestión de mi cuidado. En cualquier otro caso, entiendo que será necesario autorizar la divulgación de información sanitaria protegida (PHI) por otros motivos.

**RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Al firmar este documento, confirmo que he recibido el aviso de prácticas de privacidad de la clínica. Nuestro aviso de privacidad explica cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida. La legislación federal nos exige obtener su reconocimiento de que ha recibido este Aviso. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, contacte con nosotros en la oficina 337-943-4453.

EL ABAJO FIRMANTE CERTIFICA QUE HA LEÍDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN Y LA AUTORIZACIÓN ANTERIOR. TAMBIÉN CERTIFICA QUE HA RECIBIDO NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DERECHOS DEL PACIENTE. ESTA AUTORIZACIÓN/RECONOCIMIENTO PERMANECE VIGENTE HASTA LA FECHA EN QUE SEA REVOCADA O SUSTITUIDA.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

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

Relación del firmante con el paciente:  Padre/Madre/Tutor  Cónyuge  Abuelo/a  Otro familiar



## RESUMEN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Como paciente y usuario de los servicios sanitarios, dispone de numerosos derechos protegidos por la legislación estatal y nacional. Es posible que ya haya recibido información sobre estos derechos a través de otros documentos y publicaciones incluidos en nuestros paquetes informativos y de registro de pacientes. Aprovechamos esta ocasión para resumir algunos de estos derechos y recordarle también ciertas responsabilidades como paciente.

- Tiene derecho a la privacidad y seguridad de su información sanitaria protegida (PHI). Nosotros estamos obligados a salvaguardar su PHI. Igualmente, puede solicitar una copia de su PHI en el plazo adecuado. Puede controlar el acceso y uso de su PHI, salvo que dicha información sea necesaria para tratamiento, continuidad asistencial, reasignación de prestaciones o procesos internos. Además, puede solicitar la rectificación o modificación de su PHI. Se le entregará un ejemplar de nuestra política de privacidad.
- Tiene derecho a recibir un trato digno y justo en la prestación de los servicios médicos y se le garantizará el mismo nivel de atención sin importar raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, género, orientación sexual, situación socioeconómica, seguro médico o clase financiera. Todos los pacientes recibirán el mismo estándar de atención en un entorno seguro, sin hostilidad y con trato humano, con independencia de su capacidad de pago.
- Tiene derecho a la intimidad personal y a recibir atención médica en un entorno seguro y protegido. Además, está protegido frente a cualquier tipo de abuso verbal, emocional, físico o acoso por parte del personal.
- Tiene derecho a consentir el tratamiento general y a otorgar consentimiento informado para determinados tratamientos o procedimientos en consulta. Asimismo, puede participar en el plan de atención y debe recibir la información educativa necesaria antes de cualquier tratamiento.
- Tiene derecho a que se le informe de manera clara sobre el coste de la atención médica, cualquier responsabilidad económica personal y las opciones de pago disponibles. Usted es responsable de facilitarnos la información relativa a su cobertura sanitaria y beneficios.
- Tiene derecho a revocar cualquier autorización o permiso que nos haya otorgado previamente. Puede decidir poner fin a su relación con nuestros profesionales. Le agradecemos que nos informe si desea dejar nuestra consulta para que podamos garantizar una correcta continuidad de su atención con el nuevo profesional o equipo médico.
- Tiene derecho a participar en la planificación anticipada de sus cuidados, incluyendo sus preferencias respecto a los cuidados paliativos, voluntades anticipadas, testamento vital u otras decisiones relacionadas con el final de la vida.
- Es su responsabilidad proporcionarnos información actualizada de contacto, detalles de su seguro médico y datos relevantes sobre su historial médico personal, familiar y social, en la medida en que afecte a la continuidad de su tratamiento y la gestión global de su salud.
- Tiene tanto el derecho como la responsabilidad de implicarse en el cuidado de su salud y bienestar. Se le debe explicar las opciones de tratamiento. Debe seguir los planes de tratamiento acordados y avisar a nuestros profesionales si nota algún cambio en su estado de salud.
- Debe tratar con respeto a nuestros profesionales, al personal y a las demás personas en nuestra clínica.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## DECLARACIÓN DE POLÍTICA DE VACUNACIÓN

- Confiamos plenamente en la eficacia de las vacunas para prevenir enfermedades graves y salvar vidas.
- Estamos convencidos de la seguridad de nuestras vacunas.
- Consideramos fundamental que todos los niños y jóvenes reciban todas las vacunas recomendadas siguiendo el calendario publicado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Academia Americana de Pediatría. Creemos firmemente, basándonos en toda la literatura disponible, las evidencias y los estudios actuales, que las vacunas no provocan autismo ni otras discapacidades del desarrollo. También creemos que el timerosal, un conservante que se ha utilizado en las vacunas durante décadas y que aún está presente en algunas, no causa autismo ni otras discapacidades del desarrollo.
- Estamos convencidos de que vacunar a niños y jóvenes es, probablemente, la intervención de salud más importante que realizamos como profesionales sanitarios, y que ustedes pueden llevar a cabo como madres, padres o personas cuidadoras. Las vacunas recomendadas y su calendario son el resultado de años y años de estudios científicos y recopilación de datos en millones de niños, realizados por miles de los mejores científicos y médicos. La campaña de vacunación es, en realidad, víctima de su propio éxito. Es precisamente porque las vacunas son tan eficaces para prevenir enfermedades que hoy en día nos planteamos si deben administrarse o no. Gracias a ellas, muchos de ustedes nunca han visto un caso de polio, tétanos, tosferina, meningitis bacteriana o incluso varicela, ni han conocido a alguien cuyo hijo haya fallecido por estas enfermedades. Este éxito puede llevarnos a la complacencia o incluso a descuidar la vacunación. Sin embargo, si esta actitud se generaliza, solo puede traducirse en muertes evitables. Tras la publicación en 1998 de una acusación infundada (posteriormente desmentida) de que la vacuna triple vírica causaba autismo, muchas personas en Europa optaron por no vacunar a sus hijos. Como consecuencia de la baja cobertura vacunal, hubo brotes importantes de sarampión, con varias muertes debidas a complicaciones de la enfermedad. En 2010, se notificaron más de 3000 casos de tosferina en California, con nueve fallecimientos en niños menores de seis meses. De nuevo, muchos de los afectados (que luego transmitieron la enfermedad a bebés demasiado pequeños para estar completamente vacunados) tomaron la decisión consciente de no vacunar.

Compartimos estos hechos no para alarmar ni coaccionar, sino para destacar la importancia de vacunar a su hijo o hija. Sabemos que, para algunas familias, esta decisión puede ser muy emocional. Nuestro compromiso es ofrecerles toda la información posible para que comprendan que seguir el calendario vacunal es lo más adecuado. Sin embargo, si tienen dudas, les animamos a hablarlas con su profesional sanitario antes de la consulta. En algunos casos, podemos ajustar el calendario para responder a sus inquietudes o reservas. No obstante, deben saber que retrasar o “fragmentar” las vacunas, administrando solo una o dos en cada visita, va en contra de las recomendaciones de los expertos y puede exponer a su hijo o hija a enfermedades graves. Si optan por un calendario distinto al recomendado por el CDC, en Lily Pad Pediatrics les facilitaremos un calendario alternativo que permita cumplir con los requisitos de vacunación de nuestra consulta.

Todos los pacientes de la consulta deben haber recibido, como mínimo, las vacunas de DTPa, Hib, polio y neumocócica antes de los tres meses de edad; todas las inmunizaciones recomendadas por la AAP antes de los dos años; y la vacuna meningocócica, así como las dosis de refuerzo de Tdap y varicela, antes de los 12 años.

Por último, si finalmente decide no vacunar a su hijo/a a pesar de todos nuestros esfuerzos, le solicitaremos que busque otro centro que comparta su postura. No disponemos de una lista de dichos profesionales ni realizamos recomendaciones al respecto. Recuerde que, al no vacunar, está exponiendo innecesariamente a su hijo/a a enfermedades que pueden poner en riesgo su vida o causar discapacidad, e incluso la muerte.

Como profesionales de la salud, estamos plenamente convencidos de que vacunar a los niños y jóvenes siguiendo el calendario recomendado y con las vacunas disponibles es, sin duda, lo más adecuado para todos ellos. Gracias por dedicar su tiempo a leer esta política y, si tiene cualquier pregunta o inquietud acerca de las vacunas, no dude en consultarnos.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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



## CALENDARIO DE CUIDADOS PREVENTIVOS DE SALUD

*Recomendado por la Academia Americana de Pediatría*

Después del nacimiento, la siguiente visita debe realizarse entre 2 y 3 días tras llegar a casa (para bebés alimentados con leche materna) o cuando el bebé tenga entre 2 y 4 días de vida (para todos los bebés dados de alta del hospital antes de cumplir 2 días). A partir de ahí, se aconseja acudir a las revisiones en las siguientes edades:

- A los 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15 y 18 meses, a los 2, 2,5 y 3 años, y después, una vez al año hasta los 21 años

Las citas para revisiones del niño sano se programan al finalizar la consulta o por teléfono. Si no puede asistir, avise a la consulta lo antes posible. Todas las citas canceladas con menos de 24 horas de antelación estarán sujetas a la política de ausencias; pueden aplicarse excepciones en casos de emergencia, etc.

### Revisiones del niño sano

Siguiendo las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría, en Lily Pad Pediatrics promovemos las revisiones pediátricas periódicas.-

La infancia es una etapa de crecimiento y cambios acelerados. Por eso, los niños pequeños suelen tener más revisiones pediátricas, ya que el desarrollo es más rápido en estos primeros años.

En cada revisión se realiza un examen físico completo. Durante esta consulta, el profesional de salud evaluará el crecimiento y el desarrollo del niño para detectar o prevenir posibles problemas. Se registrarán la altura, el peso y otros datos relevantes. En algunas visitas se harán pruebas de audición, visión y otros chequeos, además de las vacunas correspondientes.

Aunque tu hijo esté sano, las revisiones pediátricas son una buena oportunidad para centrarse en su bienestar. Hablar sobre cómo mejorar los cuidados y prevenir problemas contribuye a que tu hijo se mantenga saludable.

### Información

Durante las revisiones pediátricas recibirás información sobre temas como:

- Sueño
- Seguridad
- Enfermedades infantiles
- Qué esperar a medida que tu hijo crece

Anota tus preguntas y dudas y tráelas contigo. Así podrás aprovechar al máximo la visita.

La altura, el peso y el perímetro cefálico de tu hijo se registran en una gráfica de crecimiento. Esta gráfica forma parte del historial médico de tu hijo. Hablar sobre el crecimiento es un buen punto de partida para conversar sobre su salud general. Consulta con tu profesional sanitario acerca de la curva de índice de masa corporal (IMC), que es la herramienta principal para identificar y prevenir la obesidad. Además, tu profesional te orientará sobre otros temas relacionados con el bienestar infantil, como la dinámica familiar, la escuela y el acceso a servicios comunitarios.



## RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN

**DTaP** – Se recomienda la vacuna DTaP y puede administrarse en cualquier momento a partir de las 6 semanas hasta los 6 años de edad. La 4ª dosis de la DTaP debe aplicarse al menos 6 meses después de la 3ª dosis. En caso de contraindicación de la vacuna contra la tos ferina, se debe sustituir por DT pediátrica (difteria-tétanos). Las personas de 7 años o más que hayan completado la pauta de DTaP deben recibir una dosis de Tdap a los 11-12 años en lugar del refuerzo de Td.

**Td/Tdap** – Las personas a partir de los 7 años que no estén completamente inmunizadas con DTaP deben recibir la vacuna Tdap como primera dosis de la serie de recuperación (preferiblemente la primera); si se requieren más dosis, se utilizará la vacuna Td. Para los niños de 7 a 10 años que reciban una dosis de Tdap dentro de la serie de recuperación, se deberá administrar una dosis de Tdap adolescente a los 11-12 años. El Td debe administrarse pasados 10 años desde la dosis de Tdap. Los adolescentes de 13 a 18 años que no hayan recibido el refuerzo de Td/Tdap entre los 11 y 12 años también deben recibir una dosis única de Tdap si han completado la serie recomendada de DTaP en la infancia. No se requiere un intervalo mínimo entre las dosis de Td y Tdap. Los refuerzos rutinarios de Td se recomiendan cada 10 años.

**Flu** – Se recomienda la vacunación anual contra la gripe para todos los niños de 6 meses a 18 años. Se recomiendan dos dosis separadas al menos por 2 meses para los niños de 6 meses a 8 años que reciban la vacuna contra la gripe por primera vez. Los niños de 6 meses a 8 años que se vacunan por primera vez, así como aquellos que previamente solo han recibido una dosis, deben recibir dos dosis. Todos los niños que ya hayan recibido dos dosis de la vacuna (en cualquier momento) solo necesitan una dosis por temporada.

**HepA** – Se recomienda la vacunación rutinaria contra la hepatitis A para todos los niños de 12 meses a 18 años. Las dos dosis de la serie deben administrarse con al menos 6 meses de diferencia. Si el intervalo entre la primera y la segunda dosis supera los 18 meses, no es necesario repetir ninguna dosis.

**HepB** – Los lactantes no inmunizados deben recibir una primera dosis de HBV sin timerosal en cuanto sea posible, una segunda dosis al menos un mes después y una tercera dosis al menos 4 meses tras la primera. Los menores de 11 a 18 años que no hayan recibido previamente las 3 dosis de la vacuna contra la hepatitis B deben vacunarse. La 2ª dosis debe administrarse al menos 1 mes después de la 1ª dosis, y la 3ª dosis debe administrarse al menos 4 meses después de la 1ª y al menos 2 meses después de la 2ª dosis. La edad mínima para la dosis 3 es de 6 meses. La vacunación contra la hepatitis B se recomienda de manera rutinaria para todos los niños hasta los 19 años.

**Hib** – La vacuna Hib puede administrarse en cualquier momento junto con la vacuna DTaP. Si se administra PRP-OMP (PedvaxHIB [Merck]) a los 2 y 4 meses, no es necesaria una dosis a los 6 meses. Los niños que tengan 7 meses o más al recibir la 1ª dosis de Hib deben inmunizarse de la siguiente manera: 1) Lactantes no inmunizados de 7 a 11 meses deben recibir un esquema de 3 dosis: una ahora, la segunda un mes después y la tercera tras los 12 meses, al menos 2 meses después de la anterior. (2) Niños no inmunizados de 12 a 13 meses deben recibir una dosis inicial y un refuerzo a los 15 meses. (3) Los no inmunizados de 15 meses o más que aún no hayan cumplido los 5 años deben recibir una sola dosis.

**HPV** – La vacuna frente al HPV se administra en una serie de 2 dosis para edades de 9 a 14 años y en 3 dosis para edades de 15 a 26 años. La primera dosis se debe administrar entre los 11 y 12 años. La segunda dosis se aplica entre 6 y 12 meses después de la primera. Si la pauta se inicia entre los 15 y 26 años, se requieren tres dosis: el intervalo mínimo entre la 1ª y la 2ª dosis es de 4 semanas. Debe pasar un mínimo de 12 semanas entre la 2ª y la 3ª dosis. La 3ª dosis debe administrarse al menos 24 semanas después de la 1ª dosis. Los adolescentes de 9 a 14 años que hayan recibido dos dosis de la vacuna del HPV con menos de 5 meses de diferencia necesitarán una tercera dosis.

**IPV** – Para lactantes, niños y adolescentes hasta los 18 años, la serie primaria secuencial de la vacuna IPV consta de cuatro dosis. La serie principal se administra a los 2 meses, 4 meses, entre 6 y 15 meses y a los 4 años de edad, o según corresponda a la edad. Se requiere un mínimo de 6 meses entre las dos últimas dosis de IPV.

**MMR** – Se requieren dos dosis de la vacuna triple vírica (MMR) después de los 12 meses de edad, con al menos 28 días de separación entre ellas. Si un niño ha recibido 2 dosis de MMR después de los 12 meses, no es necesario administrar otra dosis tras cumplir los 4 años de edad. Los niños de 11 a 18 años no vacunados previamente con MMR deben recibir dos dosis. Quienes tengan solo una dosis deben completar la pauta con una dosis adicional. Los estudiantes de educación superior deben disponer de 2 dosis de MMR antes de ingresar.

**MenACWY** – La vacuna conjugada frente al meningococo debe administrarse a todos los niños a los 11-12 años, con una dosis de refuerzo a partir de los 16 años. El intervalo mínimo entre dosis de MenACWY es de 8 semanas. Solo se necesita una dosis si la primera se administra a partir de los 16 años. Esta vacuna protege frente a los serogrupos meningocócicos A, C, W e Y, pero no frente al serogrupo B.

**MenB** – Los adolescentes de 16 a 18 años pueden recibir la vacuna MenB según la recomendación de la Comisión Asesora de Vacunas, tras valoración conjunta entre el profesional sanitario y el paciente. Esta pauta de 2 dosis protege frente a la enfermedad meningocócica del serogrupo B, pero no frente a los serogrupos A, C, W e Y. Las dos vacunas MenB no son intercambiables; se debe utilizar el mismo producto en todas las dosis. Administrar 2 dosis de cualquiera de las vacunas MenB: Bexsero, separadas por 1 mes; Trumenba, con 6 meses de intervalo.

**PCV** – Todos los niños deben recibir una serie primaria de 3 dosis y un refuerzo si la vacunación comienza a  $\leq 6$  meses de edad; una serie primaria de 2 dosis y un refuerzo si se inicia entre los 7 y 11 meses; y una serie de 2 dosis sin refuerzo si se inicia entre los 12 y 23 meses. Si la vacunación se inicia después de los 24 meses, el niño debe recibir 1 dosis de PCV. Los niños de 24 a 59 meses deben recibir una dosis única de PCV13. En niños con afecciones médicas, se recomienda una dosis adicional de PCV13 tras la pauta primaria. Los que presentan alto riesgo o riesgo presunto de enfermedad neumocócica deben ser vacunados con la vacuna polisacárida (PPSV) según el número de dosis de PCV recibidas. La vacunación con PCV es obligatoria para el acceso a guarderías o centros preescolares en menores de 24 meses.

**RV** – La primera dosis debe administrarse entre las 6 y 14 semanas, siendo la edad máxima para la primera dosis 14 semanas y 6 días. La edad máxima para cualquier dosis es de 8 meses. El intervalo mínimo entre dosis es de 4 semanas. La vacuna monovalente RV1 se administra a los 2 y 4 meses de edad; la dosis de los 6 meses no es necesaria. La pentavalente RV5 se administra a los 2, 4 y entre 6 y 8 meses. Si se desconoce la marca de la vacuna, se requieren tres dosis en total.

**VAR** – Todos los niños susceptibles de al menos 12 meses hasta los 18 años deben recibir la vacuna. Administre la segunda dosis de la vacuna frente a la varicela entre los 4-6 años. La vacuna de la varicela puede administrarse antes de los 4-6 años, siempre que hayan pasado más de 3 meses desde la primera dosis y ambas dosis se apliquen después de los 12 meses de edad. Las personas susceptibles mayores de 12 años deben recibir dos dosis separadas por al menos 1 mes. Los niños que hayan pasado la varicela típica se consideran inmunes a la varicela. No es necesario realizar pruebas serológicas a estos niños. Haber tenido varicela anteriormente no es una contraindicación para vacunarse frente a la varicela. Las vacunas DTaP, IPV, HBV, PCV, RV y Hib pueden administrarse desde las 6 semanas de vida y de forma simultánea.

Según la edad del niño, seleccione el calendario de vacunación inicial más adecuado. En ocasiones, una dosis programada puede no administrarse a tiempo. Si esto sucede, la dosis debe aplicarse en la siguiente visita. No es necesario reiniciar la pauta de ninguna vacuna por intervalos prolongados entre dosis.

**LEY DEL ESTADO DE Luisiana** exige antes de la entrada escolar: 2 dosis de MMR, 3 de HepB, 2 de VAR y dosis de refuerzo de DTaP y vacunas contra la poliomielitis administradas el día del 4º cumpleaños y antes de ingresar a la escuela. No es necesaria una dosis en preescolar si la 4ª dosis de DTaP y la 3ª dosis de IPV (siempre que se administre al menos 6 meses tras la segunda dosis) se han puesto después del 4º cumpleaños. Para los alumnos de sexto curso (11-12 años) se requiere: 1 Tdap, 2 VAR, 2 MMR, 3 HepB y 1 MenACWY. El alumnado de undécimo o quienes tengan 16 años deben recibir 2 dosis de MenACWY. Para acceder a instituciones de educación superior es necesario acreditar 2 dosis de MMR, 1 Td/Tdap y 2 dosis de MenACWY O 1, si la primera dosis se administró a los 16 años o más.

Período de gracia de cuatro días: Todas las dosis de vacunas administradas hasta cuatro días antes del intervalo mínimo requerido o de la edad mínima serán consideradas válidas al revisar la documentación del estudiante para el cumplimiento de los requisitos de vacunación en escuelas y guarderías. El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) sigue recomendando no administrar dosis de vacunas con intervalos menores de los mínimos ni antes de la edad mínima establecida.