



Whitehall School District

19121 Hobson Street, Whitehall, WI 54773 | P: 715.538.4364 | F: 715.538.4639 | whitehallsd.k12.wi.us

Mike Beighley - Superintendente

26 de agosto de 2021

¡Hola familias nórdicas!

Nos gustaría informarle sobre la oportunidad de participar en una Clínica de Vacunación Covid-19 aquí en Whitehall Memorial Schools. Seremos anfitriones de la clínica de vacunación proporcionada por AMI el miércoles 8 de septiembre de 2021, a partir de las 12:30 p.m. y hasta las 7:00 p.m. Tanto las vacunas de Pfizer como las de J&J estarán disponibles en esta clínica y se ofrecerán a los estudiantes, personal, familias y miembros de la comunidad elegibles apropiados sin cargo en este sitio.

Nota: [AMI Expeditionary Healthcare \(AMI\)](#) brinda servicios médicos a organizaciones de ayuda internacional, preocupaciones humanitarias, el sector privado y agencias gubernamentales en una amplia gama de entornos remotos y desafiantes.

Si desea participar, o desea que su hijo participe, simplemente debe completar el formulario de permiso adjunto y devolverlo a la escuela antes del 8 de septiembre de 2021, o llevarlo a la clínica.

Los estudiantes elegibles que deseen participar y tengan el permiso de los padres, podrán simplemente ir al área designada durante la tarde, pero por supuesto, si algún padre o tutor quisiera estar presente mientras su hijo participa, eso es ciertamente comprensible y aceptable. . Por favor, simplemente avísenos si le gustaría estar presente o siéntase libre de usar el período de tiempo fuera de la escuela para la vacunación.

Como se indica en nuestro plan de operaciones de otoño de 2021, "Como un servicio para nuestras familias, el Distrito Escolar de Whitehall proporcionará comunicación sobre la vacunación a medida que la información esté disponible. **La vacunación es una elección personal.** La comunicación tiene fines informativos y no pretende promover ni desalentar la vacunación. ... podemos proporcionar el uso de los edificios escolares para las clínicas de vacunación, pero nuevamente, simplemente proporcionamos esto como un servicio a aquellos que lo deseen o lo necesiten ".

Con este espíritu, simplemente les estoy dando a conocer esta opción si desean aprovechar esta oportunidad.

No dude en comunicarse conmigo o con la enfermera Becky Poulos aquí en la escuela si tiene alguna pregunta o desea información adicional sobre la clínica.

Respetuosamente,

Mike Beighley
Superintendente

MIEMBROS DE LA JUNTA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR WHITEHALL

George Everson, Presidente ~ Jason Molis, Vicepresidente ~ Kristen M. Carroll, Tesorero ~ Byron Fields, Secretaria

Leah AW Johnson, Miembro, Julie Dokkestul, Miembro, Dan Koxlien-Miembro

El Distrito Escolar de Whitehall no discriminar a los alumnos o empleados en sus programas o actividades educativas, o en el empleo.



COVID-19 Formulario de consentimiento de vacunación **para menores de 18 años**

NOMBRE DEL RECIPIENTE (Apellido)		(Primer Nombre)	(M.I.)	FECHA DE NACIMIENTO		
				Mes	día	año
DIRECCIÓN CIUDAD	ESTADO	ZIP	EMAIL			
			Padre/tutor legal (Primer Nombre)			(Inicial del segundo nombre)
Padre/tutor legal (Apellido)						

La FDA ha puesto a disposición la vacuna COVID-19 bajo una autorización de uso de emergencia (EUA). La EUA se utiliza cuando existen circunstancias que justifican el uso de emergencia de medicamentos y productos biológicos durante una emergencia, como la pandemia de COVID-19. Esta vacuna no ha completado el mismo tipo de revisiones que un producto aprobado o autorizado por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de hacer que la vacuna esté disponible bajo una EUA se basa en la existencia de una emergencia de salud pública y en la totalidad de las pruebas científicas disponibles, mostrando que los beneficios conocidos o potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales.

Consentimiento

Certifico que soy el padre o tutor legal del paciente. Comprendo los riesgos y beneficios asociados a la(s) vacuna(s) mencionada(s) y he recibido, leído y/o me han explicado la hoja informativa de la AEU. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.

En mi nombre y en el de mi dependiente, por la presente libero y eximo de responsabilidad al Proveedor correspondiente, su personal, agentes, sucesores, divisiones, afiliados, subsidiarios, funcionarios, directores, contratistas y empleados de toda responsabilidad o reclamo, ya sea conocido o desconocido, que surja de, en conexión con, o de cualquier manera relacionado con la administración de la(s) vacuna(s) mencionada(s). Reconozco que entiendo los propósitos/beneficios del registro de inmunización de mi estado ("Registro Estatal") y que el Proveedor puede revelar mi información de inmunización al Registro Estatal. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que el Proveedor reporte la información de inmunización al Registro Estatal.

Entiendo que esta vacuna no tendrá ningún costo. Entiendo que cualquier dinero o beneficio por la administración de la(s) vacuna(s) será asignado y transferido al proveedor de la vacunación, incluyendo los beneficios/montos de mi plan de seguro médico, Medicare, Medicaid u otras partes que sean financieramente responsables de mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluyendo, pero sin limitarse a, copias de reclamaciones y facturas detalladas) para verificar el pago. AMI sólo facilita la entrega de la vacuna al individuo y no es/ será responsable del resultado de la vacuna, incluyendo cualquier reacción adversa a la misma.

Firma del padre/tutor	Fecha	Nombre en letra de molde	Relación con el paciente