



2020-21 Formulario de Consentimiento para Vacunación contra la Influenza en las Escuelas

Nombre de la Escuela _____

Si NO desea que su hijo reciba la vacuna contra la gripe en la escuela, por favor NO complete ni envíe este formulario.

Sección 1: Información acerca del Estudiante que Recibirá la Vacuna contra la Influenza (por favor escriba en letra de molde)

NOMBRE DEL (la) ESTUDIANTE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	APODO (Nombre que usa el estudiante):	
FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	EDAD	SEXO: (Círcule uno) Masculino Femenino	MAESTRO	GRADO
ETNICIDAD (Marque uno) Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	RAZA (Círcule uno) Afroamericano, Blanco, Indígena Norteamericano, Asiático, Nativo de Alaska, Hawaiano, Otro Isleño del Pacífico, Otro		NOMBRE DEL PADRE (o madre) / TUTOR LEGAL	
DIRECCION DE CASA:			NUMERO TELEFÓNICO DE LOS PADRES/ TUTOR	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	*Proporcione la información del plan del seguro abajo Nombre del Titular de la Póliza/Nombre en la tarjeta:	
INFORMACIÓN DEL SEGURO: Tiene algún seguro que cubre las vacunas? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí," por favor marcar el proveedor de seguro a continuación y complete la información a la derecha*: <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Medicaid/Amerigroup/Peachstate/Wellcare/CareSource <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Peachcare for Kids <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> No tengo seguro <input type="checkbox"/> Coventry <input type="checkbox"/> Otro _____			# ID Miembro: _____ # Grupo/Tipo de Poliza (HMO, PPO, CMO): _____ Por favor adjunte una copia de la tarjeta del seguro medico a este formulario.	

Sección 2: Información Médica: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si este estudiante puede recibir la vacuna contra la influenza.

**Por favor circule Sí o No a cada pregunta.*

1. ¿Cuándo fue la última vez que el/la estudiante recibió la vacuna para la gripe (si se sabe)?	FECHA:	
2. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción alérgica grave a los huevos?	Sí	No
3. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a alguna vacuna contra la influenza (gripe)?	Sí	No
4. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	Sí	No

Sección 3: Consentimiento a vacunar: Si este formulario de consentimiento no está completo, firmado con la fecha y devuelto, el(la) estudiante no será vacunado(a) en la escuela.

CONSENTIMIENTO PARA QUE EL(LA) ESTUDIANTE RECIBA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

Al firmar abajo, yo reconozco que el(la) estudiante y la información médica proporcionada arriba es correcta. Me han dado una copia de la DECLARACION DE INFORMACION SOBRE LA VACUNA para la VACUNA CONTRA LA INFLUENZA y el FORMULARIO de NOTIFICACIÓN DE LA POLÍZA DE PRIVACIDAD. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza que se le dará al estudiante al cual estoy autorizado a representar. Entiendo que participar y recibir la vacuna contra la influenza a través de este programa es completamente voluntario.

Al firmar abajo, yo doy permiso para que el estudiante mencionado arriba reciba la vacuna contra la gripe en la escuela.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

FOR CLINIC USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE LA CLÍNICA)

VIS: Inactivated Influenza Vaccine 8/15/2019 LD RD Mfg: _____ Lot # _____ Exp Date: _____	_____ NURSE SIGNATURE _____ DATE
--	---

Demographic/Insurance information entered/updated by: _____ Date: _____

PUBLIC \$PRIVATE\$

PIN#: