



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, Asiático Indígena Norteamericano, 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. ¿El/la estudiante ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro semanas? Si la respuesta es Sí, por favor indique cuáles:	Sí	No
2. ¿Cuándo fue la última vez que el/la estudiante recibió la vacuna para la influenza (si se sabe)?	Fecha o Año	
3. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a los huevos?	Sí	No
4. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la influenza (gripe)?	Sí	No
5. ¿El/la estudiante usa un inhalador o recibe tratamiento respiratorio u otros medicamentos para el asma o una condición de sibilancias (asmático)?	Sí	No
6. ¿El/la estudiante ha tendido un episodio de sibilancias (asmático) en los últimos 12 meses?		
7. ¿El/la estudiante está en terapia con aspirina o terapia que contenga aspirina a largo plazo? (Por ejemplo: el estudiante toma aspirina todos los días)	Sí	No
8. ¿El/la estudiante tiene alguna condición de salud significativa o crónica (largo plazo)? (Por ejemplo: diabetes, enfermedad de células falciformes, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, trastornos convulsivos, parálisis cerebral, trastornos musculares o nerviosos, artritis juvenil)	Sí	No
9. ¿El/la estudiante tiene un implante coclear o tiene una fuga de líquido cefalorraquídeo (LCR)?	Sí	No
10. ¿El/la estudiante tiene un sistema inmunológico débil? (Por ejemplo, debido a VIH, cáncer, o por tomar medicinas tales como esteroides o aquellas usadas para tratar el cáncer, la artritis, la enfermedad de Crohn o la psoriasis)?	Sí	No
11. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	Sí	No
12. Solo para las estudiantes adolescentes: ¿Está embarazada?	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 las Declaraciones de Información sobre Vacunas para las vacunas contra la gripe y FORMULARIO de NOTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA 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 gripe que se le dará al alumno al cual estoy autorizado a representar. Entiendo que participar y recibir la vacuna contra la gripe a través de este programa es completamente voluntario.

Al firmar abajo, yo doy permiso para que el alumno antes mencionado reciba la vacuna inyectable (inyección) o intranasal contra la gripe (FluMist®).

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

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

Intranasal Influenza Vaccine 2020-21 VIS 08-15-2019	Inactivated Influenza Vaccine 2018-19 VIS 08-15-2019
Administration Route: <input type="checkbox"/> Intranasal	Administration Route: <input type="checkbox"/> IM / LEFT Deltoid <input type="checkbox"/> IM / RIGHT Deltoid
Mfg: _____ Lot # _____ Exp Date: _____	Mfg: _____ Lot # _____ Exp Date: _____

Demographic/insurance information entered/updated by: _____ Date: _____ Nurse Signature: _____ Date: _____

PUBLIC \$PRIVATE\$

PIN#: