Georgia Department of Public Health
Southeast Health District

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/dia/año)	**EDAD**	**SEXO:** *(Círcule uno)* **Masculino Femenino**	**MAESTRO**	**GRADO**
ETNICIDAD (Marque uno) **Hispano/Latino** ☐ **Sí** / ☐ **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:** _____ **# ID Miembro:** _____ **# Grupo/Tipo de Poliza (HMO, PPO, CMO):** _____ **Por favor adjunte una copia de la tarjeta del seguro medico a este formulario.**	

INFORMACIÓN DEL SEGURO: Tiene algún seguro que cubre las vacunas? ☐ **Sí** / ☐ **No**

Si la respuesta es "Si," por favor marcar el proveedor de seguro a continuación y complete la informacion a la derecha*:

☐ **Aetna** ☐ **Medicaid/Amerigroup/Peachstate/Wellcare/CareSource**
☐ **Blue Cross Blue Shield** ☐ **Peachcare for Kids**
☐ **Cigna** ☐ **United Healthcare** ☐ **No tengo seguro**
☐ **Coventry** ☐ **Otro**_____

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

Por favor círcule 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 condicion de sibilancias (asmático)?	Sí	No
6.	¿El/la estudiante ha tendido un episodio de sibilancias (asmático) en los ultimos 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: ☐ **Intranasal**	**Administration Route:** ☐ **IM / LEFT Deltoid** ☐ **IM / RIGHT Deltoid**
Mfg: _____	Mfg: _____
Lot # _____	Lot # _____
Exp Date: _____	Exp Date: _____

Demographic/insurance information entered/updated

by:_____ **Date:**_____ **Nurse Signature:** _____ **Date:**_____

PUBLIC $PRIVATE$ **PIN#:**