Georgia Department of Public Health

2016-17 Formulario de Consentimiento para Vacunación contra la Influenza en las Escuelas
Departamento de Salud del Condado de Franklin

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

NOMBRE DEL (la) ESTUDIANTE (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del Segundo Nombre)	NOMBRE DE LA ESCUELA:	
FECHA DE NACIMIENTO DEL (la) ESTUDIANTE (mm/dd/yyyy)	EDAD DEL (la) ESTUDIANTE:	SEXO: M / F	MAESTRO:	GRADO:
ETNICIDAD *(Encierre en un Círculo)* No hispano/latino hispano latino	RAZA *(Encierre en círculo)* afroamericano, blanco, hispano o latino, indígena norteamericano, asiático, nativo de Alaska, hawaiano, otra Isla del Pacífico		NOMBRE DEL PADRE (la madre) / TUTOR LEGAL:	
DIRECCION DE CASA:			NUMERO TELEFÓNICO DE LOS PADRES/ TUTOR:	
CIUDAD ESTADO		CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO DE LOS PADRES / TUTOR	
INFORMACIÓN DE SEGURO: Tiene algún seguro que cubra vacunas? ☐Sí / ☐No Por favor marcar el proveedor de seguro a continuación: ☐ Aetna ☐ Medicaid ☐ No tengo seguro ☐ Blue Cross Blue Shield ☐ Peachcare ☐ Otro_____ ☐ Cigna ☐ United Healthcare			Proporcionar la información de seguro del proveedor seleccionado y anexar a este formulario una copia de la tarjeta del seguro Nombre Titular de la Póliza _____ # Grupo_____ # ID Miembro_____	

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

***Por favor encierre en un círculo Sí o No para 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?	FECHA:	
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?	Sí	No
5. ¿El/la estudiante usa un inhalador o recibe tratamiento respiratorio para el asma o sibilancia?	Sí	No
6. ¿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
7. ¿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)	Sí	No
8. ¿La persona que recibirá la vacuna de la gripe recibir medicamentos antivirales?	Sí	No
9. ¿El/la estudiante tiene un sistema inmunológico débil? (por ejemplo, debido a VIH, cancer, o medicinas tales como esteroides o aquellas usadas para tratar el cáncer)?	Sí	No
10. ¿La estudiante está o podría estar embarazada?	Sí	No
11. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	Sí	No

Sección 3: Consentimiento: *El formulario de consentimiento de vacunación incluye opciones que le permiten aceptar o rechazar la vacunación de su hijo(a). Si usted se niega, la vacuna no se le dará a su hijo(a). Si este formulario de consentimiento no está diligenciado completamente, firmado, con la fecha y devuelto, el(la) estudiante no será vacunado(a) en la escuela.*

☐ **DOY MI APROBACIÓN** a Franklin County Health Department *para que el(la) estudiante mencionado arriba reciba la vacuna contra la influenza.*

Confirmo que la información médica y sobre el(la) estudiante proporcionada arriba es correcta. He recibido una copia de la Declaración de Información sobre Vacunas para las vacunas contra la influenza así como un Aviso de Política de Privacidad. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza que se le dará al estudiante al cual estoy autorizado (a) a representar. Entiendo que la participación y recepción de la vacuna contra la influenza a través de este programa es completamente voluntaria. Al firmar abajo, doy permiso para que el estudiante mencionado arriba reciba la vacuna contra la influenza intranasal o inyectable.

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

☐ **NO DOY MI APROBACIÓN** a Franklin County Health Department y su equipo para que el(la) estudiante mencionado arriba en este formulario reciba esta vacuna.

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

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

Inactivated Influenza Vaccines (IIV)	Adm Route: IM	Date Dose Administered:	Mfg:	Lot #	Exp Date:	VIS Date:	
☐ Trivalent (IIV_3)	LA / RA	/ /			/ /	/ /	Signature of Nurse: _____ Date: _____
☐ Quadrivalent (IIV_4)	LA / RA						Entry Clerk Initial: _____ Date: _____

Georgia Department of Public Health

2016-17 School Based Influenza Vaccine Consent Form
Franklin County Health Department

Section 1: Information about Student to Receive Influenza Vaccine (please print)

STUDENT'S NAME (Last)	(First)	(M.I.)	SCHOOL NAME:	
STUDENT'S DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy)	STUDENT'S AGE	GENDER: M / F	TEACHER	GRADE
ETHNICITY *(Please Circle)* Not Hispanic/Latino Hispanic Latino	RACE *(Please Circle)* African American, White, Hispanic or Latino, American Indian, Asian, Alaska Native, Native Hawaiian, Other Pacific		PARENT/ LEGAL GUARDIAN'S NAME	
HOME ADDRESS			PARENTAL/ GUARDIAN PHONE NUMBER(S)	
CITY STATE		ZIP CODE	PARENTAL/ GUARDIAN E-MAIL	

INSURANCE INFORMATION: Do you have insurance that covers vaccines? ☐Yes / ☐No

Please check health insurance provider below:

☐ Aetna ☐ Medicaid ☐ No Insurance
☐ Blue Cross Blue Shield ☐ PeachCare ☐ Other_____
☐ Cigna ☐ United Healthcare

Provide the insurance information for the provider selected & *attach a copy of the insurance card to this form*

Policy Holder Name_____
Group#_____
Member ID #_____

Section 2: Medical Information: *The following questions will help us to determine if this student can receive the influenza vaccine.*

Please circle Yes or No for each question.

1.	Has the student received any vaccines in the last four weeks? If yes, please list:	Yes	No
2.	When was the student last vaccinated for flu?	DATE:	
3.	Has the student ever had a serious reaction to eggs?	Yes	No
4.	Has the student ever had a serious reaction to any influenza vaccine?	Yes	No
5.	Does the child use an inhaler or receive breathing treatments for asthma or a wheezing condition?	Yes	No
6.	Is the student on long term aspirin or aspirin-containing therapy (For example: does the student take aspirin everyday)	Yes	No
7.	Does the student have any significant or chronic (long term) health conditions? (For example: diabetes, sickle cell disease, heart conditions, lung conditions, seizure disorders, cerebral palsy, muscle or nerve disorders)	Yes	No
8.	Is the person to be vaccinated receiving influenza antiviral medications?	Yes	No
9.	Does the student have a weak immune system (for example, from HIV, cancer, or medications such as steroids or those used to treat cancer)?	Yes	No
10.	Is the student or could the student be pregnant?	Yes	No
11.	Has the student ever had Guillain-Barre Syndrome (GBS)?	Yes	No

Section 3: Consent: *The vaccine consent form includes options allowing you to either accept or refuse the vaccination for your child. If you refuse, the vaccination will not be given to your child. If this consent form is not filled in completely, signed, dated, and returned, the student will not be vaccinated at school.*

☐ **I GIVE CONSENT** to the Franklin County Health Department *for the student named above to receive the influenza vaccine.* I acknowledge that the student and medical information provided above is correct. I have been given a copy of the Vaccine Information Statements for the influenza vaccines and the NOTICE of PRIVACY POLICY FORM. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the influenza vaccine that will be given to the student that I am authorized to represent. I understand that participation and receipt of the influenza vaccine through this program is completely voluntary. By signing below, I give permission for the student listed above to receive the intranasal or injectable influenza vaccine.

Signature of Parent/Legal Guardian: _____ ***Date:*** _____

☐ **I DO NOT GIVE CONSENT** to the Franklin County Health Department and its staff for the student named above of this form to be vaccinated with this vaccine.

Signature of Parent/Legal Guardian: _____ ***Date:*** _____

FOR CLINIC USE ONLY

Inactivated Influenza Vaccines (IIV)	Adm Route: IM	Date Dose Administered:	Mfg:	Lot #	Exp Date:	VIS Date:	Signature of Nurse: / Date:
☐ Trivalent (IIV_3)	LA / RA	/ /			/ /	/ /	Entry Clerk Initial: / Date:
☐ Quadrivalent (IIV_4)	LA / RA						