



## Formulario de Consentimiento para Vacunación contra la Influenza en las Escuelas Departamento de Salud del Condado de \_\_\_\_\_

### 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:	Identificación del Estudiante #
FECHA DE NACIMIENTO DEL (la) ESTUDIANTE (mm/dd/yyyy)	EDAD DEL (la) ESTUDIANTE:	SEXO: M / F	MAESTRO:	GRADO:
ETNICIDAD <i>(Encierre en un Círculo)</i> No hispano/latino    hispano latino	RAZA <i>(Encierre en círculo)</i> 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	
<b>INFORMACIÓN DE SEGURO: Tiene algún seguro que cubra vacunas?</b> <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No <b>Por favor marcar el proveedor de seguro a continuación:</b> <input type="checkbox"/> Medicaid (Amerigroup, Wellcare, Peach State, Caresource) <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> No Insurance <input type="checkbox"/> Peachcare(Amerigroup, Wellcare, Peach State) <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Coventry <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Secure Health <input type="checkbox"/> Other _____			<b>Proporcionar la información de seguro del proveedor seleccionado y anexar a este formulario una copia de la tarjeta del seguro</b> 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?	<b>FECHA:</b>	
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. ¿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
9. ¿La estudiante está o podría estar embarazada?	Sí	No
10. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	Sí	No
Comentarios:		

### Sección 3: Consentimiento: Si este formulario de consentimiento no haya sido cumplimentado, firmado, fechado y devuelto, el estudiante no será vacunado en la escuela.

**DOY MI APROBACIÓN** a North Central Health District para que el(la) estudiante mencionado arriba reciba la vacuna contra la influenza. Confirmando 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. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Yo, reconozco que he leído y que entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad del NCHD el cual está disponible en northcentralhealthdistrict.org o, en mi Departamento de Salud local. 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.

**Firma del Padre/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

FOR CLINIC USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE LA CLÍNICA)							
Influenza Vaccines	Adm Route:	Date Dose Administered:	Mfg:	Lot #	Exp Date:	VIS Date:	Signature of Nurse:
<input type="checkbox"/> Quadrivalent (IIV4)	IM    LA / RA					08/07/15	_____
<input type="checkbox"/> FluMist	intranasal					08/07/15	_____
							<b>Entry Clerk Initial:</b>
							_____
							<b>Date:</b> _____