



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN ESCOLAR 2010-2011 CONTRA LA GRIPE DE ESTACIÓN

NOMBRE DE LA ESCUELA	GRADO
----------------------	-------

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Apellido del estudiante	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento del estudiante Mes _____ Día _____ Año _____	
Apellido del padre/madre o tutor	Nombre	Inicial	Edad del estudiante	Sexo del estudiante Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Dirección			Número de teléfono durante el día del padre/madre o tutor:	
Ciudad	Estado	Código Postal	Nombre del proveedor primario de cuidados de salud del estudiante	

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Indique cual es el seguro médico de su hijo (o indique si su hijo no tiene seguro médico). <input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield <input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan <input type="checkbox"/> Federal Blue Cross/Blue Shield <input type="checkbox"/> Tufts <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> No tiene seguro <input type="checkbox"/> Rite Care <input type="checkbox"/> Otro (por favor indique abajo):	Si su hijo tiene seguro médico, por favor provéanos su número de identificación del seguro médico:
---	--

SECCIÓN 3: EVALUACIÓN PARA ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNA

A. Si contesta "SÍ" a cualquiera de las preguntas en la sección 3B (1-4), su hijo <u>no puede</u> ser vacunado en la escuela. Comuníquese con el médico del niño para hablar sobre otras opciones.	SÍ	NO
1. ¿Tiene su hijo una alergia grave a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción grave a alguna dosis de la vacuna contra la gripe de estación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez su hijo ha tenido el síndrome Guillain-Barré (un tipo de debilidad temporal muscular) después de recibir la vacuna contra la gripe de estación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Está su hija embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Por favor conteste las siguientes preguntas adicionales sobre el historial medico de su hijo.	SÍ	NO
5. ¿Tiene su hijo alguna otra alergia grave? Por favor, indique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha recibido su hijo alguna vacuna (no sólo la de la gripe) en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene su hijo, asma, diabetes, neuropatía, cardiopatía, nefropatía, hepatopatía, neuropatía o hemopatía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Está su hijo bajo terapia a largo plazo con aspirina o terapia que contenga aspirina (por ejemplo: ¿su hijo toma aspirina todos los días?)		
9. ¿Tiene su hijo un sistema inmunológico débil por razón del VIH, cáncer o por medicamentos tales como esteroides o medicamentos que se utilizan para tratar el cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 4: CONSENTIMIENTO PARA VACUNAR AL NIÑO EN LA ESCUELA

He contestado NO a todas las preguntas en la sección 3B (1-4). He leído o me han explicado la Declaración de Información de la Vacuna Contra la Influenza Inyectable del 2010 y sobre la Declaración de Información de la Vacuna Contra la Influenza Intra-Nasal del 2010. Entiendo cuáles son los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que le den la vacuna contra la gripe al estudiante indicado anteriormente, para quien estoy autorizado para hacer esta petición. Entiendo que puedo revisar o imprimir el Aviso de la Privacidad de la Práctica al momento de aplicarse la vacuna. Firma del padre de familia o tutor legal _____ Fecha _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

SECCIÓN 5: SOLAMENTE PARA USO ADMINISTRATIVO Fecha VIS: 8/10/2010

Vacuna	Dosis que se administró	Ruta	Fabricante	Número de lote	Nombre y título de la persona que administró la vacuna
Influenza		<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal			