# CONSENTIMIENTO PARA VACUNARSE EN LA ESCUELA CONTRA LA GRIPE DE ESTACIÓN

| Apellido *(escriba en letra de molde)* | Nombre | Inicial | Fecha de nacimiento Mes____Día____Año___ | ☐Masculino ☐Femenino |
|---|---|---|---|---|

| Dirección | Pueblo/Ciudad | Estado | Código postal |
|---|---|---|---|

| Teléfono | Correo electrónico | Nombre de su proveedor de Cuidado de la salud |
|---|---|---|

| Si es para un estudiante, escriba el nombre de la escuela a la que asiste: | Grado |
|---|---|

Raza: ☐Blanca ☐Asiática ☐Negra o Afro Americana ☐Indio Americano o Nativo de Alaska ☐Nativo de Hawai o de las Islas Pacíficas ☐No sé/ otra raza

Grupo Étnico: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ No sé

## INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

*Indique el nombre de su proveedor de seguro y el número de identificación Por favor, incluya todas las letras y los números.*

☐ Blue Cross/Blue Shield_____ ☐ Tufts of Tufts/CareLink _____

☐Neighborhood Health Plan of RI _____ ☐ Neighhorhood Health Plan of MA _____

☐UnitedHealthcare_____ *Grupo #*_____

☐ Medicare_____ ☐ Otro_____ ☐ No seguro

## EXAMEN DE ELEGIBILIDAD PARA VACUNARSE

***Si contesta "SI" a cualquiera de las preguntas de 1-4, no puede ser vacunado en la escuela. Por favor, comuníquese con su médico para revisar otras opciones.***

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | ¿Padece algún tipo de reacción alérgica grave al huevo? | **SI** | **NO** |
| 2. | ¿Alguna vez ha requerido atención médica debido a una reacción grave por una dosis de la vacuna contra la gripe de estación? | **SI** | **NO** |
| 3. | ¿Alguna vez ha tenido el síndrome Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal) después de recibir la vacuna contra la gripe de estación? | **SI** | **NO** |
| 4. | ¿Es alérgico (a) al Timerosal o al Látex? | **SI** | **NO** |
| | ***Conteste las siguientes preguntas SOLO si prefiere la vacuna intranasal (FluMist).*** | | |
| 5. | ¿Recibió alguna vacuna (no solo la de la gripe) en los últimos 30 días? | **SI** | **NO** |
| 6. | ¿Sufre de asma, diabetes o de alguna otra enfermedad en los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, el sistema nervioso o circulatorio? | **SI** | **NO** |
| 7. | ¿Está bajo tratamiento a largo plazo con aspirina o algo que contenga aspirina? (ejemplo: toma aspirina diariamente) | **SI** | **NO** |
| 8. | ¿Tiene un sistema inmunológico débil debido al VIH, cáncer o por medicamentos tales como esteroides o medicamentos que se utilizan para el tratamiento del cáncer? | **SI** | **NO** |

## CONSENTIMIENTO PARA VACUNARSE EN LA ESCUELA

**Por favor marque una:** ☐ **Vacuna inyectable** ☐ **Vacuna intranasal** (FluMist)

He contestado NO a las preguntas 1-4. He visto la Declaración de Información sobre la Vacuna en www.immunize.org o he visto una copia que obtuve al llamar a la Línea de Información del Departamento de Salud de Rhode Island (401-222-5960). Entiendo cuáles son los beneficios y riesgos de la vacuna.

La vacuna contra la gripe, marcada en la parte anterior, debe ser suministrada a la persona indicada anteriormente, para quien estoy autorizado a 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 o tutor _____Fecha_____

Nombre: _____Apellido:_____

**FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY** **Date VIS Given:** **VIS Date:**

| Vaccine | Date Given | Route | Manufacturer | Lot No. | Signature of Vaccine Administrator |
|---|---|---|---|---|---|
| *Influenza* | | **IM** *R L* *Intranasal* | | | |