

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA VACUNACIÓN ANTIGRI PAL ESTACIONAL**FOR CLINIC
USE ONLYSchool
District IDSchool
Name**INFORMACIÓN DEL ALUMNO (escriba con tinta negra únicamente)**

NOMBRE DEL ALUMNO		INIC. 2.º NOMBRE	APELLIDO DEL ALUMNO		EDAD	GRADO
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) / /		SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		ESCUELA	MAESTRO DEL AULA	
RAZA <input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca				ETNIA <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino		
DOMICILIO			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR		APELLIDO DEL PADRE/MADRE O TUTOR		PADRE/MADRE/TUTOR TELÉFONO CELULAR () -		
CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/MADRE/TUTOR				PADRE/MADRE/TUTOR TELÉFONO PARTICULAR () -		

INFORMACIÓN DEL SEGURO (por favor llene completamente)

MEDICAID <input type="checkbox"/> Sí (ingrese el número de Medicaid) <input type="checkbox"/> No (siga completando el formulario)		NÚMERO DE MEDICAID DE SC				
SEGURO <input type="checkbox"/> Sí (ingrese la información del seguro) <input type="checkbox"/> No (pase a las preguntas de selección)		VACUNA <input type="checkbox"/> Sí CUBIERTA <input type="checkbox"/> No				
SEGURO PRINCIPAL				SUSCRIPTOR/ASEGURADO TELÉFONO LABORAL () -		
RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR/ ASEGURADO <input type="checkbox"/> EL MISMO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE			ID. DEL MIEMBRO/ASEGURADO		ID. DEL GRUPO	
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR/ASEGURADO		APELLIDO DEL SUSCRIPTOR/ASEGURADO		FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR/ASEGURADO (MM/DD/AAAA) / /		EL SUSCRIPTOR SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

PREGUNTAS DE SELECCIÓN PARA LA VACUNACIÓN ANTIGRI PAL

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debemos aplicarle a su hijo la vacuna antigripal estacional. Si una pregunta no está clara, por favor pídale a su proveedor de atención médica que se la explique. **POR FAVOR RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS**

1. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción grave por consumir huevos O una reacción grave a una vacuna antigripal previa que causó alguno de los siguientes síntomas: sibilancias, dificultad para respirar, urticaria y picazón en todo el cuerpo, hinchazón en la boca o la garganta, presión arterial muy baja O choque?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido su hijo alguna vez síndrome de Guillain-Barré (una forma poco frecuente de debilidad y parálisis muscular intensa temporal)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>

Si contestó que Sí a alguna de las preguntas anteriores, su hijo no puede recibir la vacuna antigripal estacional de 2018-2019 en la escuela. Por favor comuníquese con su proveedor de atención médica principal para consultarle sobre la vacuna antigripal.

Si respondió que NO a las preguntas anteriores, por favor complete las siguientes preguntas adicionales:

3. Si su hijo tiene menos de 9 años, podría necesitar 2 dosis de la vacuna antigripal. Por favor indique la fecha de nacimiento de su hijo SOLAMENTE si tiene menos de 9 años	FECHA DE NACIMIENTO / /
4. Si su hijo tiene menos de 9 años, ¿recibió su hijo al menos dos dosis de la vacuna antigripal antes del 1 de julio de 2018?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO/A <input type="checkbox"/>

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento al uso y divulgación de la información médica personal de mi hijo para fines de salud pública y de evaluación del programa. Puede encontrar el Aviso sobre la Privacidad del DHEC en el siguiente enlace: <http://www.scdhec.gov/library7ML-025046.pdf> o bien se proporcionará una copia del aviso, a pedido.

Si corresponde, al firmar a continuación, solicito que se realice el pago de los beneficios de Medicaid en mi nombre al DHEC por cualquier servicio prestado a mi hijo. Le doy permiso al DHEC para enviar la información médica u otro tipo de información confidencial de mi hijo, si fuera necesario, a los Centros de Servicios de Medicare y a Medicaid Services (CMS), sus agentes u otros agentes necesarios para determinar los beneficios relacionados con los servicios prestados. Acepto participar en los planes de tratamiento y en la asignación de los beneficios de Medicaid al DHEC por los servicios prestados.

Autorización de vacunación: Solicito voluntariamente al DHEC que le aplique la vacuna antigripal estacional a mi hijo mencionado anteriormente y doy mi consentimiento para que mi hijo reciba la vacuna antigripal estacional en la escuela, que será administrada por el personal del DHEC. He leído la Declaración de información sobre la vacuna. Puede encontrar la Declaración de información sobre la vacuna en el siguiente enlace: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.pdf>. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna. Entiendo que la vacuna será administrada en forma de inyección. He leído y respondido las preguntas anteriores cuidadosamente y con precisión, y entiendo que la información incorrecta podría causar serios riesgos a mi hijo. Además, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba una segunda dosis de la vacuna antigripal estacional, administrada por el DHEC en una clínica escolar, si mi hijo tiene menos de 9 años y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. recomiendan una segunda dosis. En caso de exposición ocupacional, doy mi consentimiento para que se haga un análisis de sangre a mi hijo, si fuera necesario para la seguridad del niño y del empleado. Entiendo que la información de vacunación de mi hijo será enviada al Registro de Vacunación de SC para fines de salud pública. Tengo la autoridad legal, basada en mi relación con el individuo indicado anteriormente, para dar mi consentimiento para esta vacunación.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL	FECHA / /
--------------------------------------	--------------

VACCINATION DETAILS (Influenza V04.81) FOR CLINIC USE ONLY – BLACK INK ONLY

FIRST DOSE	VACCINE <input type="checkbox"/> IIV4		ELIGIBILITY <input type="checkbox"/> VFC > MEDICAID <input type="checkbox"/> VFC > AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> VFC > UNINSURED (NO INSURANCE) <input type="checkbox"/> STATE > UNDERINSURED <input type="checkbox"/> STATE > INSURED <input type="checkbox"/> ADULT > NO HEALTH INSURANCE <input type="checkbox"/> ADULT > UNDERINSURED <input type="checkbox"/> FFS > INSURED <input type="checkbox"/> FFS > MEDICAID <input type="checkbox"/> FFS > NO HEALTH INSURANCE <input type="checkbox"/> FFS > UNDERINSURED		
	MANUFACTURER <input type="checkbox"/> SANOFI PASTEUR <input type="checkbox"/> GLAXOSMITHKLINE		LOT NUMBER		SITE OF ADMINISTRATION <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> Other _____
	VIS DATE 08/07/2015		Nurse: I hereby attest by signature below that the patient (or guardian of patient) in question has been given the Influenza Vaccine Information Sheets and has given written consent for vaccination.		DATE / /
	NURSE SIGNATURE				ECODE / /
	PATIENT'S/STUDENT'S ASSIGNED CLASSROOM TEACHER SIGNATURE		Teacher: I hereby attest by signature below that the identity of the patient in question has been verified.		COUNTY CODE
	DATE / /		DATE / /		
<input type="checkbox"/> "What to Know After..." given to student <input type="checkbox"/> Unable to vaccinate due to _____ "Unable to Vaccinate" form given to student/school.					

SECOND DOSE	VACCINE <input type="checkbox"/> IIV4		ELIGIBILITY <input type="checkbox"/> VFC – MEDICAID <input type="checkbox"/> VFC – AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> VFC – UNINSURED (NO INSURANCE) <input type="checkbox"/> STATE – UNDERINSURED <input type="checkbox"/> STATE – INSURED <input type="checkbox"/> ADULT > NO HEALTH INSURANCE <input type="checkbox"/> ADULT > UNDERINSURED <input type="checkbox"/> FFS > INSURED <input type="checkbox"/> FFS > MEDICAID <input type="checkbox"/> FFS > NO HEALTH INSURANCE <input type="checkbox"/> FFS > UNDERINSURED		
	MANUFACTURER <input type="checkbox"/> SANOFI PASTEUR <input type="checkbox"/> GLAXOSMITHKLINE		LOT NUMBER		SITE OF ADMINISTRATION <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> Other _____
	VIS DATE 08/07/2015		Nurse: I hereby attest by signature below that the patient (or guardian of patient) in question has been given the Influenza Vaccine Information Sheets and has given written consent for vaccination.		DATE / /
	NURSE SIGNATURE				ECODE / /
	PATIENT'S/STUDENT'S ASSIGNED CLASSROOM TEACHER SIGNATURE		Teacher: I hereby attest by signature below that the identity of the patient in question has been verified.		COUNTY CODE
	DATE / /		DATE / /		
<input type="checkbox"/> "What to Know After..." given to student <input type="checkbox"/> Unable to vaccinate due to _____ "Unable to Vaccinate" form given to student/school					

NOTES	

PRE-CLINIC SCREENING – FOR CLINIC USE ONLY			
FIRST DOSE ELIGIBILITY <input type="checkbox"/> VFC – MEDICAID <input type="checkbox"/> VFC – AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> VFC – UNINSURED (NO INSURANCE) <input type="checkbox"/> STATE – UNDERINSURED <input type="checkbox"/> STATE – INSURED <input type="checkbox"/> ADULT > NO HEALTH INSURANCE <input type="checkbox"/> ADULT > UNDERINSURED <input type="checkbox"/> FFS > INSURED <input type="checkbox"/> FFS > MEDICAID <input type="checkbox"/> FFS > NO HEALTH INSURANCE <input type="checkbox"/> FFS > UNDERINSURED		MCI NUMBER	
SECOND DOSE NEEDED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO SECOND DOSE ELIGIBILITY <input type="checkbox"/> VFC – MEDICAID <input type="checkbox"/> VFC – AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> VFC – UNINSURED (NO INSURANCE) <input type="checkbox"/> STATE – UNDERINSURED <input type="checkbox"/> STATE – INSURED		STUDENT'S NAME	
		DATE OF BIRTH / /	