



2018-19 Formulario de Consentimiento para
Vacunación contra la Influenza en las Escuelas
DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE COFFEE

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

NOMBRE DEL (la) ESTUDIANTE		(Inicial del segundo nombre)	APELLIDO	NOMBRE DE LA ESCUELA:	
FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)		EDAD	SEXO: <i>(Encierre en un Círculo)</i> Masculino / Femenino	MAESTRO	GRADO
ETNICIDAD Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No		RAZA <i>(Encierre en círculo)</i> Afroamericano, Blanco, Hispano o Latino, Indígena Norteamericano, Asiático, Nativo de Alaska, Hawaiano, Otro Isleño del Pacífico, Otro		NOMBRE DEL PADRE (la madre) / TUTOR LEGAL	
DIRECCION DE CASA:				NUMERO TELEFÓNICO DE LOS PADRES/ TUTOR	
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	Proporcionar la información de seguro del proveedor seleccionado y anexar a este formulario una copia de la tarjeta del seguro	
INFORMACIÓN DE SEGURO: Tiene algún seguro que cubra vacunas? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No				Nombre Titular de la Póliza:	
Por favor marcar el proveedor de seguro a continuación:				# ID Miembro:	
<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> Medicaid/Amerigroup/Peachstate/Wellcare/CareSource		<input type="checkbox"/> No tengo seguro		
<input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield	<input type="checkbox"/> Peachcare for Kids				
<input type="checkbox"/> Cigna	<input type="checkbox"/> United Healthcare				
<input type="checkbox"/> Coventry	<input type="checkbox"/> Otro _____				
				# Grupo	

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. ¿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. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	Sí	No
10. ¿La estudiante está o podría estar embarazada?	Sí	No

Sección 3: Consentimiento a vacunar: *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.*

CONSENTIMIENTO PARA QUE EL(LA) ESTUDIANTE RECIBA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA			
CONSENTIMIENTO PARA QUE EL ALUMNO RECIBA LA VACUNA CONTRA LA GRIPE:			
<p><i>Al firmar abajo, doy permiso para que el alumno nombrado anteriormente reciba la vacuna contra la gripe.</i> Reconozco que la información médica y del alumno proporcionada arriba es correcta. Me han dado una copia de las Declaraciones de Información sobre Vacunas para las vacunas contra la gripe y FORMULARIO de NOTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la gripe que se le dará al alumno al cual estoy autorizado a representar. Entiendo que participar y recibir la vacuna contra la gripe a través de este programa es completamente voluntario.</p> <p><i>Al firmar abajo, yo doy permiso para que el alumno antes mencionado reciba la vacuna intranasal o inyectable contra la gripe.</i></p>			
Firma del Padre/Tutor Legal: _____		Fecha: _____	
FOR CLINIC USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE LA CLÍNICA)			
Intranasal Influenza Vaccine 2018-19 VIS 08-07-2015 Administration Route: <input type="checkbox"/> <u>Intranasal</u>		Inactivated Influenza Vaccine 2018-19 VIS 08-07-2015 Administration Route: <input type="checkbox"/> <u>IM / LEFT</u> Deltoid <input type="checkbox"/> <u>IM / RIGHT</u> Deltoid	
Mfg: _____	Lot # _____	Mfg: _____	Lot # _____
Exp Date: _____		Exp Date: _____	
Entry Clerk Initial: _____ Date: _____		Nurse Signature: _____ Date: _____	

PUBLIC \$PRIVATE\$

PIN#: