Georgia Department of Public Health

2014-15 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 (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del Segundo Nombre)	NOMBRE DE LA ESCUELA:	
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/yyyy)	EDAD DEL (la) ESTUDIANTE:	SEXO: M / F	MAESTRO:	GRADO:
ETNICIDAD *(Encierre en un Círculo)* No Hispano/Latino Hispano Latino	RAZA *(Encierre en círculo)* 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	
INFORMACIÓN DE SEGURO: Tiene algún seguro que cubra vacunas? ☐Sí / ☐No **Por favor marcar el proveedor de seguro a continuación:** ☐ Aetna ☐Medicaid ☐No Insurance ☐ Blue Cross Blue Shield ☐Peachcare ☐ Other_____			**Proporcionar la información de seguro del proveedor seleccionado y anexar a este formulario una copia de la tarjeta del seguro** Nombre Titular de la Póliza _____ # Grupo_____ # ID Miembro _____	

Sección 2: Información Médica: *Los 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. ¿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

Sección 3: Consentimiento: *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 ALUMNO RECIBA LA VACUNA CONTRA LA GRIPE:

Al firmar abajo, doy permiso para que el alumno nombrado anteriormente reciba la vacuna contra la gripe. 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. Al firmar abajo, yo doy permiso para que el alumno antes mencionado reciba la vacuna intranasal o inyectable contra la gripe.

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ **Fecha:** _____

FOR CLINIC USE ONLY (Para uso de la clínica únicamente)

FluMist Influenza Vaccine 2014-2015 VIS 08-19-2014	Inactivated Influenza Vaccine 2014-2015 VIS 08-19-2014
Administration Route: ☐ Intranasal	Administration Route: ☐ IM / LD ☐ IM / RD
Mfg: _____ Lot # _____ Exp Date: _____	Mfg: _____ Lot # _____ Exp Date: _____
Nurse Signature: _____ Date: _____	Nurse Signature: _____ Date: _____
Entry Clerk Initial: _____ Date: _____	Entry Clerk Initial: _____ Date: _____

PUBLIC **$PRIVATE$**