

Consentimiento informado para la flu vacuna



Nombre de la escuela: _____

Fecha clínica: _____

COMPLETE TODA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN - **Imprima con tinta** (No se aceptarán formularios incompletos)

NOMBRE del estudiante:										APELLIDO del estudiante:																													
Sexo: Masculino Femenino					Fecha de nacimiento: (mes/día/año)					Edad					Maestro del salón/Grado																								
Dirección																				N.º de teléfono particular () -										N.º de teléfono celular () -									
Ciudad										Código Postal					Estado					Etnia del estudiante: (Marque una opción) Afroamericano/Negro Blanco Alaskeño/Nativo americano Asiático Hispano No hispano Hawaiano/Isleño del Pacífico Otro:																			
Dirección de correo electrónico:																																							

Las leyes actuales de cuidado de la salud nos exigen facturarle a su compañía de seguros por la vacuna. El servicio se le brinda a usted sin costo. Las respuestas siempre son confidenciales.

Complete las siguientes preguntas sobre el seguro médico de su hijo/a:

Seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Mi hijo/a NO tiene seguro médico <input type="checkbox"/>										Compañía de seguros:									
Nombre del titular de la póliza:										Apellido del titular de la póliza:									
Id. de miembro:										Fecha de nacimiento del titular de la póliza: (mes/día/año)									

INDIQUE SÍ O NO A CADA PREGUNTA

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una Reacciones a la vacuna contra la gripe que hayan puesto en riesgo su vida en el pasado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Su hijo ha tenido síndrome de Guillain-Barre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Su hijo tiene Alergia a los huevos de gallina o productos de huevos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Su hijo tiene un trastorno de la sangre como la hemofilia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Será la primera vez que su hijo/a reciba una vacuna contra la gripe?

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE SALUD, COMUNÍQUESE CON EL PEDIATRA DE SU HIJO/A O LLÁMENOS AL 334-738-4840 PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE.

He leído la información sobre la vacuna y los cuidados especiales en la Hoja de Información de la Vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración de Información de la Vacuna más actual e información adicional en el sitio www.immunize.org o en www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer consultas sobre la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y doy voluntariamente mi consentimiento para que la vacuna se administre a la persona mencionada arriba, de quien soy padre, madre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no recibo ninguna garantía con respecto al éxito de la vacuna. Por el presente, eximo al sistema escolar, a HNH Immunizations, Inc. y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar de cualquier accidente u acto de omisión que surgiera durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud anterior a la fecha de la vacunación. Las fechas para la vacunación se pueden obtener mediante la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se usará a fines de facturación del seguro y que se protegerá la privacidad.

Nombre de padre, madre o tutor en letra de imprenta _____

Firma de padre, madre o tutor _____

Fecha _____

VIS CDC IIV 08/07/2015

Número de LOTE: _____

RN N.º _____

FLUCELVAX

Fecha de VENC.: _____

Fecha: _____

ÁREA PARA USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN OFICIAL

HNH Immunizations Inc.

326 Prairie St. North

Union Springs, AL 36089

AL@healthherousa.com

334-738-4840

