



Formulario de Consentimiento para la Vacuna Contra la Gripe Estacional (IIV) 2017-2018

Nombre Completo y Legal del Estudiante <i>(Nombre e Inicial del segundo nombre. Apellido)</i> LETRA DE MOLDE	Nombre de la Escuela
Nombre del Padre/Tutor <i>(Nombre e Inicial del segundo nombre. Apellido)</i> Relación con el Estudiante	Profesor del Salón de Clases/Grado
Dirección Dirección de Correo Electrónico	Fecha de Nacimiento <i>(mes/ día / año)</i> Edad Sexo
Código Postal	Teléfono Habitación # Teléfono Celular #
Información Demográfica: (Marcar con un círculo): Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska Negro Asiático Hispánico Otro	

SI NO DESEA PARTICIPAR POR FAVOR, MARQUE AQUÍ: NO

si no desea participar, no tiene que completar el resto del formulario

<input type="checkbox"/> Seguro Medicaid Marque 1 o Escriba <input type="checkbox"/> : (Ejemplo: AmeriGroup, Wellcare, Integral, Prestige, Humana, Sunshine, BetterHealth) Por favor, complete las siguientes preguntas	
Compañía de Seguros:	Identificación de Miembro:
Nombre del Titular de la Póliza:	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:
Las leyes actuales de cuidado de la salud nos obligan a facturar a su compañía de seguros por la vacuna. No se le facturará, y no habrá copago ni deducible. ¡No habrá ningún costo por los servicios prestados!	<input type="checkbox"/> MI HIJO NO TIENE SEGURO DE SALUD

PREGUNTAS: MARQUE SÍ O NO PARA CADA PREGUNTA

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.) ¿Su hijo tiene 4 años o más?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2.) ¿Aplica alguno de los siguientes a su hijo? <u>(Si su respuesta es Sí, su hijo no puede recibir la vacuna contra la gripe en la escuela, comuníquese con el médico de su hijo)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Alergia a los huevos de gallina o a los productos derivados del huevo • Reacciones potencialmente mortales a la vacuna contra la gripe en el pasado • Alergia al Látex • Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (muy raro)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	3.) ¿Alguno de los siguientes aplica a su hijo? <ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas de salud a largo plazo con un sistema inmunológico debilitado, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar (por ejemplo, fibrosis quística), enfermedad hepática, enfermedad renal o trastornos metabólicos (por ejemplo diabetes) o trastornos sanguíneos (por ejemplo, anemia drepanocítica o talasemia)
SI TIENE CUALQUIER PREGUNTA DE SALUD, POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON EL PEDIATRA DE SU NIÑO O LLAME A HEALTHY SCHOOLS POR EL 1800-566-0596 PARA HABLAR CON UNA ENFERMERA.	

He recibido, leído y comprendido la Declaración de Información de la Vacuna CDC para la Vacuna Inactivada contra la Influenza (IIV). He leído estos documentos y entiendo el riesgo y los beneficios de la vacuna IIV. Doy permiso a Healthy Schools y a sus administradores para suministrarle a mi hijo la vacuna en mi ausencia, para comunicarse con otros proveedores de salud, según sea necesario, y para la entrada de datos, facturación y almacenamiento según las políticas del Departamento de Salud de la Florida para asegurar una atención médica óptima para mi hijo... Por la presente, libero a Healthy Schools de toda responsabilidad relacionada con la administración y los posibles efectos secundarios de la vacuna.

SÍ, ¡Quiero ayudar a proteger a mi familia y comunidad de la gripe permitiendo que mi hijo reciba una vacuna contra la gripe!

_____ Nombre en Letra de Imprenta del Padre/Tutor Firma Padre/Tutor Fecha

ÁREA DE USO OFICIAL SOLO PARA LA ADMINISTRACIÓN

VIS CDC IIV _____ IIV/0.5L IM Inyección	VIS CDC IIV _____ IIV 0.5 mL IM Inyección
Número de Lote: _____ Fecha de Caducidad: _____	Número de Lote: _____ Fecha de Caducidad: _____
RN # _____ Fecha: _____ (RUA) O (LUA) (marque uno)	RN # _____ Fecha: _____ (RUA) OR (LUA) (marque uno)