



Formulario de consentimiento para la vacuna contra la gripe (IIV) de la temporada 2016-2017

SE DEBE DEVOLVER EL PRESENTE FORMULARIO A LA ESCUELA

Nombre completo legal del alumno (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido) EN IMPRENTA		Nombre de la escuela	
Nombre del padre/guardián (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Relación con el alumno	
Domicilio		Dirección de correo electrónico	
Ciudad		Código postal	
Fecha de nacimiento (mes / día / año)		Edad	
No. de teléfono de casa		No. de celular	
Sexo			

Información demográfica: (Marcar una opción) Blanco Indígena estadounidense/ Originario de Alaska Negro Asiático Latinoamericano Otro

Seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> (Marque 1)		Conteste las siguientes preguntas	
Obra social:		Identificación de miembro:	
Nombre del titular de la póliza:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	
Las leyes de salud actuales nos obligan a facturarle a su obra social por la vacuna. No le cobraremos a usted y no existirá ningún copago o arancel deducible. ¡Ofrecemos el servicio de manera gratuita para usted! ¡Como siempre, las respuestas son confidenciales!			<input type="checkbox"/> MI HIJO NO TIENE SEGURO MÉDICO

PREGUNTAS: TILDE SÍ O NO EN 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.) ¿Alguna de las siguientes opciones se aplica a su hijo? <u>(Si responde que SÍ, su hijo no puede recibir la vacuna contra la gripe en la escuela, sino que deberá contactarse con el médico de su hijo):</u> <ul style="list-style-type: none"> Alergia a los huevos de gallina o a los productos derivados de los huevos Reacciones de riesgo de vida ante la vacuna contra la gripe en el pasado Padece del síndrome de Guillain-Barré (existen muy pocos casos)
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	3.) ¿Alguna de las siguientes opciones se aplica a su hijo? <ul style="list-style-type: none"> Tiene problemas de salud a largo plazo con un sistema inmune débil, problemas cardíacos, enfermedades pulmonarias (por ejemplo, fibrosis quística), enfermedades hepáticas o renales, desórdenes del metabolismo (por ejemplo, diabetes) o de la sangre (por ejemplo, anemia falciforme o talasemia).
<p>SI TIENE ALGUNA CONSULTA SOBRE LA SALUD, CONTÁCTESE CON EL PEDIATRA DE SU HIJO</p> <p>O LLAME A HEALTHY SCHOOLS AL 1800-566-0596 PARA CONVERSAR CON UNA ENFERMERA.</p>		

He recibido, leído, y entendido la Declaración de Información de la Vacuna CDC para la vacuna contra la influenza. He leído estos documentos y entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna IIV. Doy permiso a Healthy Schools, E3 Alliance, y Schoolhouse Pediatrics y a sus administradores para administrarle la vacuna a mi hijo en mi ausencia, para comunicarse con otros profesionales de la salud, según sea necesario, y para el ingreso de datos, facturación y almacenamiento de acuerdo con las políticas del Departamento de Salud de Texas, para asegurar la asistencia médica óptima para mi hijo. Por este medio libero a Healthy Schools, E3 Alliance y Schoolhouse Pediatrics de cualquier y toda responsabilidad asociada con la administración y posibles efectos secundarios de la vacuna.

SÍ, deseo ayudar a proteger a mi familia y a la comunidad de la gripe al permitir que mi hijo reciba la vacuna contra la gripe.

NO

Aclaración del padre/guardián

Firma del padre/guardián

Fecha

ÁREA PARA USO OFICIAL SOLAMENTE DE LA ADMINISTRACIÓN
Healthy Schools LLC, 818 Highway A1A North, Ponte Vedra Beach Florida

DIV CDC LAIV: 0.5ML IIV (Shot) Sequiris/Sanofi-FlucelVax/FluZone	DIV CDC LAIV: : 0.5ML IIV (Shot) Sequiris/Sanofi-FlucelVax/FluZone
Número de LOTE: _____ Fecha de EXP: _____	Número de LOTE: _____ Fecha de EXP: _____
Nombre de la Escuela _____	Nombre de la Escuela _____
Nombre de ER/Cargo _____ Fecha: _____	Nombre de ER/Cargo _____ Fecha: _____

