

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

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		Maestro de aula / Grado
Domicilio	Dirección de correo electrónico	Fecha de nacimiento (mes / día / año)	Edad	Sexo
Ciudad	Código postal	No. de teléfono de casa	No. de celular	
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 y/o escriba: (AmeriGroup, Wellcare, Integral, Prestige, Humana, Sunshine, BetterHealth) 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 O LLAME A HEALTHY SCHOOLS AL 1800-566-0596 PARA CONVERSAR CON UNA ENFERMERA.</p>		

Recibí, leí y comprendí la declaración de información CDC de la vacuna inactivada contra la Influenza (IIV). Leí estos documentos y comprendí el riesgo y los beneficios de la vacuna IIV. Autorizo a Healthy Schools y a sus administradores a darle la vacuna a mi hijo en mi ausencia, a comunicarse con otros proveedores de servicios de salud conforme sea necesario y para el ingreso de información, facturación y almacenamiento según las políticas del Departamento de Salud de Florida para asegurar un servicio de salud óptimo para mi hijo. Por el presente, libero a Healthy Schools de cualquier responsabilidad asociada con la administración de la vacuna y sus efectos secundarios potenciales.

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, no deseo que mi hijo reciba la vacuna contra la gripe en la escuela porque: _____ (opcional)

Aclaración del padre/guardián

Firma del padre/guardián

Fecha

LA SIGUIENTE SECCIÓN SE RESERVA ÚNICAMENTE PARA EL USO OFICIAL DE LA ADMINISTRACIÓN

VIS CDC IIV _____ Número de LOTE:	IIV 0.5 mL Fecha de VENCIMIENTO:	VIS CDC IIV _____ Número de LOTE:	IIV 0.5 mL Fecha de VENCIMIENTO:
RN # _____	Fecha: _____	RN # _____	Fecha: _____