



**Formulario de Consentimiento y Permiso
Para Vacunar al Estudiante contra La Influenza
Student Flu Vaccine Consent & Release Form**

FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA / LLENE UNA FORMA POR CADA NIÑO

APELLIDO DEL NIÑO		NOMBRE		(M.I.)	FECHA DE NACIMIENTO Mes / día / año	
APELLIDO DEL PADRE O TUTOR		NOMBRE		(M.I.)	GENERO M F	Edad del Estudiante -
DOMICILIO			NUMERO DE TELEFONOS			
CIUDAD y ESTADO			CÓDIGO POSTAL		Tel. de día: () Cel: () Tel. de casa:()	
NOMBRE DE LA ESCUELA		CIUDAD (en donde esta ubicada la escuela)		GRADO (circule uno) K 1 2 3 4 5 6		
NOMBRE DE LA MAESTRA / SALON DE CLASES (Empiece con el apellido y el nombre)				NOMBRE DEL DOCTOR FAMILIAR:		

Este programa de vacunación se ofrece gratuitamente a todos los estudiantes de primaria, sin embargo, para los propósitos del programa, necesitamos la siguiente información. Por favor, marque la sección que corresponda a su hijo: () Inscrito en Medicaid () No tiene seguro de salud () Indio Americano / Nativo de Alaska () Tiene seguro de salud que no paga por las vacunas antigripales () Tiene seguro médico que paga por vacunas contra la gripe.

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si su hijo puede obtener la vacuna contra la influenza.

Por favor, marque **SÍ** o **NO** para cada pregunta:

	SÍ	NO
1. ¿Tiene su hijo alguna alergia al huevo o algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene su hijo cualquier otra alergia grave? Por favor, especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido su hijo alguna reacción severa después de recibir la vacuna de la Influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido su hijo el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular muy grave)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO DE INMUNIZACION: Yo he leído la declaración de información sobre **La Vacuna Contra La Influenza (2017-2018)**. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la Influenza. Acepto que la vacuna sea aplicada a mi hijo para lo cual estoy autorizado. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema que ocurra con esta vacuna. Entiendo que si mi hijo requiere una 2da dosis de esta vacuna, será mi responsabilidad obtener la 2da dosis. Reconozco que he recibido un aviso de "Génesis Health Systems" sobre las prácticas de confidencialidad y Privacidad. Yo doy permiso al personal del Hospital para que le apliquen la vacuna a mi hijo en la escuela.

Fecha: _____

Firma del Padre o Tutor

mes / día / año

PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE

Vaccine	Date Dose Administered	Site	Route	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date
2017-2018 Inactivated Influenza	/ /	RD LD	IM 0.5 ml			06/30/18
Name & Title of Vaccine Administrator:						