



**2018 Formulario de Consentimiento de la Vacuna
Contra Influenza Basado En La Escuela
Departamento de salud del condado de Bartow**

OFFICE USE ONLY: PATIENT NUMBER

Información sobre el estudiante para recibir la vacuna contra Influenza (por favor imprima)

NOMBRE de ESCUELA:		Maestra/o (salón principal):		GRADO:	
NOMBRE del estudiante (apellido)		(Primer nombre)		(Segundo nombre)	
FECHA de nacimiento del estudiante (dd/mm/aaaa)	EDAD DEL ESTUDIANTE	Género: (Favor de circule) Masculino Femenino	NOMBRE DE PADRES / GUARDIÁNES LEGAL		
DOMICILIO			TELÉFONO (S) de LOS PADRES / GUARDIÁNES		
CIUDAD	ESTADO	Código Postal	Correo electrónico:		
Origen étnico (Por favor, circule) No Hispano/ Latino Hispano/ Latino		RAZA (Por favor, circule) Blancos Afroamericanos Asiáticos Indios americanos/nativos de Alaska Hawaiano o Polinesio Multicultural		Por favor proporcione la información sobre el seguro y adjunte una copia de la tarjeta de seguro a este formulario si es posible. Nombre del titular de la política _____ Fecha de nacimiento del titular _____ # de grupo _____ # de ID de miembro _____	
Información sobre el seguro: Por favor Compruebe proveedor de seguro médico a continuación: <table border="1"> <tr> <td> Privado <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> United Healthcare for State Employees </td> <td> Estado de Suministro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CareSource <input type="checkbox"/> Wellcare <input type="checkbox"/> No Tengo Seguro <input type="checkbox"/> Amerigroup <input type="checkbox"/> PeachState </td> </tr> </table>					Privado <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> United Healthcare for State Employees
Privado <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> United Healthcare for State Employees	Estado de Suministro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CareSource <input type="checkbox"/> Wellcare <input type="checkbox"/> No Tengo Seguro <input type="checkbox"/> Amerigroup <input type="checkbox"/> PeachState				

Información médica: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si el alumno puede recibir la vacuna contra la influenza. Visite el sitio web de la escuela para la fecha que estaremos en la escuela de su estudiante.

Por favor, circule sí o No para cada pregunta.

1. ¿Cuánto pesa tu hijo/a? _____	_____ lbs.
2. ¿El estudiante ha tenido una reacción grave a los huevos? <i>* (Estudiante no puede vacunarse si la respuesta es sí)</i>	* Sí No
3. ¿El estudiante ha tenido una reacción grave a cualquier vacuna contra la influenza o el componente de la vacuna? <i>* (Estudiante no puede vacunarse si la respuesta es sí)</i>	* Sí No
4. ¿El estudiante alguna vez ha tenido síndrome de Guillain-Barré (GBS)? (Una enfermedad que provoca parálisis) <i>* (Estudiante no puede vacunarse si la respuesta es sí)</i>	* Sí No
5. ¿El estudiante toma aspirina a largo plazo o terapia que contiene aspirina? (Por ejemplo: el estudiante toma aspirina todos los días.)	Sí No
6. ¿Tiene el estudiante cualquier significativa o crónica condiciones de salud (largo plazo)? (Por ejemplo: diabetes, enfermedad de células falciformes, enfermedades del corazón, afecciones pulmonares, trastornos convulsivos, parálisis cerebral, trastornos musculares o nerviosas, VIH, cáncer o un sistema inmunitario debilitado.)	Sí No
7. ¿Para estudiantes femeninos, esta la estudiante embarazada?	Sí No

Do you consent to the Department of Health of Bartow County for the student named above to receive the influenza vaccine.

Reconozco que el estudiante y la información médica proporcionada arriba es correcta. Ha revisado la declaración de información de vacuna para la vacuna contra la influenza, con la fecha de 7 de agosto de 2015, y el aviso de privacidad política en el sitio web de la escuela o en la escuela. He tenido oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Para preguntas llame al 770-607-6241 o 770-383-7375. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza que se dará al estudiante que estoy autorizado a representar. Entiendo que la participación y recepción de la vacuna contra la influenza a través de este programa es totalmente voluntario. Al firmar abajo, yo doy permiso para el estudiante indicado anteriormente para recibir la vacuna contra la influenza inyectable.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

FOR CLINIC USE ONLY

VIS Date (Listed Below)	Mfg, Lot# & Expiration Date: (Place Appropriate Sticker Below)	Inactivated Influenza Vaccine Quadrivalent (IV ₄) Adm Route: IM	Date Entered into M&M:		Entry Clerk's Initial:
Aug 7 2015	<i>Place Sticker HERE</i>	<p align="center"><i>(Circle Site)</i></p> <p>Right Deltoid</p> <p>Left Deltoid</p>	Signature of Nurse:		
			Date:		