



Consentimiento para Vacunación Contra la Gripe en la Escuela

Apellido (<i>escriba en letra de molde</i>)	Nombre	Inicial	Edad	Fecha de nacimiento ____/____/____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---	--------	---------	------	---------------------------------------	---

Dirección	Pueblo/Ciudad	Estado	Código postal
-----------	---------------	--------	---------------

Teléfono	Correo electrónico
----------	--------------------

Si es para un estudiante, escriba el nombre de la escuela a la que asiste:	Grado
--	-------

Información Del Seguro Médico
Indique el nombre de su proveedor de seguro y el número de identificación. Por favor, incluya todas las letras y los números.

<input type="checkbox"/> Blue Cross & Blue Shield ID# _____	<input type="checkbox"/> Tufts or Tufts/Carelink _____
<input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan of RI _____	<input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan of MA _____
<input type="checkbox"/> UnitedHealthcare ID# _____ Group # _____	<input type="checkbox"/> Aetna _____
<input type="checkbox"/> Medicare _____	<input type="checkbox"/> Otro Seguro _____ <input type="checkbox"/> No tiene seguro

(Nombre del seguro y número de identificación)

Prueba de Elegibilidad para Vacunarse

Si contesta "SI" a cualquiera de las preguntas de 1-4, no puede ser vacunado en la escuela. Por favor, comuníquese con su médico para revisar otras opciones.

1. ¿Tiene algún tipo de reacción alérgica grave al huevo?	SÍ	No
2. ¿Alguna vez ha requerido atención médica debido a una reacción grave por una dosis de la vacuna contra la gripe de estación?	SÍ	No
3. ¿Alguna vez ha tenido el síndrome Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal) después de recibir la vacuna contra la gripe de estación?	SÍ	No
4. ¿Es alérgico (a) al Timerosal o al Látex?	SÍ	No

Conteste las siguientes preguntas SOLO si prefiere la vacuna intranasal (FluMist) (disponible para personas entre 3 a 18 años).

5. ¿Recibió alguna vacuna (no solo la de la gripe) en los últimos 30 días?	SÍ	No
6. ¿Sufre de asma, diabetes o de alguna otra enfermedad en los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, el sistema nervioso o circulatorio?	SÍ	No
7. ¿Está bajo tratamiento a largo plazo con aspirina o algo que contenga aspirina? (ejemplo: toma aspirina diariamente)	SÍ	No
8. ¿Tiene un sistema inmunológico débil debido al VIH, cáncer o por medicamentos que se utilizan para el tratamiento del cáncer o esteroides, o está en contacto cercano a una persona quien necesita cuidados en un ambiente protegido?	SÍ	No

Consentimiento para Vacunación en la Escuela

Por favor seleccione una:

Solo puede ser administrada la vacuna inyectable.

Solo puede ser administrada la vacuna intra-nasal (FluMist, por su nombre en inglés).

Prefiero que sea administrada la vacuna intra-nasal (FluMist), pero la vacuna inyectable puede ser administrada si esa es la única disponible.

He contestado NO a las preguntas 1-4. He visto la Declaración de Información sobre la Vacuna en www.immunize.org o he visto una copia que obtuve al llamar a la Línea de Información del Departamento de Salud de Rhode Island (401-222-5960). Entiendo cuáles son los beneficios y riesgos de la vacuna. La vacuna contra la gripe, marcada en la parte anterior, debe ser suministrada a la persona indicada anteriormente, para quien estoy autorizado a hacer esta petición. Entiendo que puedo revisar o imprimir el Aviso de la Privacidad de la Práctica al momento de aplicarse la vacuna. Por la presente, libero de toda responsabilidad relacionada con la administración y los posibles efectos secundarios de la vacuna a "Wellness Company Inc".

Firma del padre, tutor, o paciente _____ Fecha _____

(Escriba en letra de molde) Apellido _____ Nombre _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY						VIS Date: 8/7/2015
Vaccine	Route	Manufacturer	Lot No.	Date VIS Given	Date Vaccine Given	Signature of Vaccine Administrator
Influenza	IM R L Intranasal					