



# Consentimiento Para Vacunarse 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			

## Información Del Seguro Médico

**Indique el nombre de su proveedor de seguro y el número de identificación. Por favor incluya todas las letras y números.**

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

## Examen de elegibilidad para vacunarse contra el Flu

**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 a la vacuna contra el flu o 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 el flu o gripe de estación?	SÍ	No
4. ¿Hay alguna posibilidad que la persona que está recibiendo la vacuna esté embarazada?	SÍ	No

**Conteste las siguientes preguntas SOLO si prefiere la vacuna intranasal ("FluMist" disponible para edades de 3 a 18 años).**

5. ¿Recibió la vacuna MMR y/o varicela, o cualquier otra vacuna viva 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 sanguíneo?	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 medicinas como esteroides o las que se utilizan para el tratamiento del cáncer o está en contacto cercano con una persona que necesita cuidados en un ambiente protegido?	SÍ	No

## Consentimiento para ser vacunado 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 es la única disponible.

He visto la Declaración de Información sobre la Vacuna en [www.immunize.org](http://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 los beneficios y riesgos de la vacuna.

La vacuna contra la gripe, marcada en la parte superior, 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 a "The Wellness Company Inc". de cualquier y toda responsabilidad asociada con la administración y posibles efectos secundarios de la vacuna.

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

## FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

VIS Date: 08 / 07 / 2015

Vaccine	Route	Manufacturer	Lot No.	Date VIS Provided	Date Vaccine Given	Signature of Vaccine Administrator
Influenza	IM R L Intranasal					