



CONSENTIMIENTO PARA VACUNARSE EN LA ESCUELA CONTRA LA GRIPE DE ESTACIÓN 2013-2014

Apellido (<i>escriba en letra de molde</i>)	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento Mes ___ Día ___ Año ___	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección		Pueblo/Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Correo electrónico		Nombre de su proveedor de Cuidado de la salud	
Si es para un estudiante, escriba el nombre de la escuela a la que asiste:				Grado

Raza: Blanca Asiática Negra o Afro Americana Indio Americano o Nativo de Alaska
 Nativo de Hawai o de las Islas Pacíficas No sé/ otra raza

Grupo Étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino No sé

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.

Blue Cross/Blue Shield _____ Tufts _____

Neighborhood Health Plan _____ Tufts/Carelink _____

UnitedHealthcare _____ Grupo # _____

Medicare _____ Otro o no seguro

EXAMEN 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. ¿Padece algún tipo de reacción alérgica grave al huevo?	SI	NO
2. ¿Alguna vez ha requerido atención médica debido a una reacción grave por una dosis de la vacuna contra la gripe de estación?	SI	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?	SI	NO
4. ¿Es alérgico (a) al Timerosal o al Látex?	SI	NO

Conteste las siguientes preguntas SOLO si prefiere la vacuna intranasal (FluMist).

5. ¿Recibió alguna vacuna (no solo la de la gripe) en los últimos 30 días?	SI	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?	SI	NO
7. ¿Está bajo tratamiento a largo plazo con aspirina o algo que contenga aspirina? (ejemplo: toma aspirina diariamente)	SI	NO
8. ¿Tiene un sistema inmunológico débil debido al VIH, cáncer o por medicamentos tales como esteroides o medicamentos que se utilizan para el tratamiento del cáncer?	SI	NO

CONSENTIMIENTO PARA VACUNARSE EN LA ESCUELA

Por favor marque una: Vacuna inyectable Vacuna intranasal (FluMist)

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.

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Nombre: _____ Apellido: _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY VIS Date: 07/26/2013

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