

Formulario de Consentimiento de Vacunación para ALUMNO/A – VACUNA CONTRA LA GRIPE

(POR FAVOR ESCRIBA DE FORMA CLARA EN MAYÚSCULAS UTILIZANDO TINTA NEGRA O AZUL)

		M M / D D / Y Y			
APELLIDO DEL ALUMNO/A	NOMBRE DEL ALUMNO/A		I(S)M	FECHA DE NACIMIENTO DEL ALUMNO/A	
DOMICILIO DEL ALUMNO/A					
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR		
NOMBRE DE PADRE/ MADRE/ TUTOR (APELLIDO)		(NOMBRE)	TELÉFONO DE DÍA		TELÉFONO MÓVIL
NOMBRE DE ESCUELA			GRADO (SELECCIONE UNO "●")		
NOMBRE DE MAESTRO/A (APELLIDO, NOMBRE)			<input checked="" type="radio"/> JR <input type="radio"/> K <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> 12		
			JR K K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12		
NOMBRE DEL MÉDICO DEL ALUMNO/A (APELLIDO)			(NOMBRE)		
SEGURO DE SALUD DEL ALUMNO/A: (SELECCIONE UNO "●") El Programa Stop Flu at School es GRATIS. NO se le facturará a su compañía de seguro.					
<input type="radio"/> HMSA - PRIVADA <input type="radio"/> KAISER - PRIVADA <input type="radio"/> UNITEDHEALTHCARE - PRIVADA <input type="radio"/> ALOHACARE <input type="radio"/> UHA <input type="radio"/> HMA <input type="radio"/> OHANA <input type="radio"/> HMSA - QUEST <input type="radio"/> KAISER - QUEST <input type="radio"/> UNITEDHEALTHCARE - QUEST <input type="radio"/> CHAMPUS/TRICARE <input type="radio"/> MDX <input type="radio"/> HMAA <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> SIN SEGURO					
NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO					

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si su hijo/a podría recibir la **Vacuna contra la Gripe** (vacuna inactivada contra la influenza). Por favor seleccione **SÍ** o **NO** ("●") para cada pregunta

- | | SÍ | NO |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una reacción alérgica grave a los huevos o algún componente de cualquier vacuna contra la gripe? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la gripe? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (una enfermedad grave del sistema nervioso)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si respondió **SÍ** a alguna de estas preguntas, dejó alguna pregunta en blanco, o no está seguro de la respuesta en cualquiera de las preguntas arriba, su hijo/a **NO** recibirá la **Vacuna contra la Gripe** (vacuna inactivada contra la influenza) a través del programa de vacunación escolar. Por favor hable con el médico de su hijo/a.

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DE SU HIJO/A: He recibido y leído la Declaración de Información de Vacuna correspondiente a la Vacuna (Inactivada o Recombinante) contra la Influenza (Gripe): *Lo que debe saber*, con fecha del 8/7/2015. Entiendo los riesgos y los beneficios y doy mi consentimiento al Departamento de Salud del Estado de Hawai y su personal autorizado para que mi hijo/a, cuyo nombre se encuentra en la parte superior de este formulario, reciba la **VACUNA CONTRA LA GRIPE** y compartir la información en relación con la vacunación contra la influenza para mi hijo/a con el médico de mi hijo/a y con la compañía de seguro médico de mi hijo/a. Renuncio y libero de cualquier reclamo al Estado, a los miembros contribuyentes de los planes de salud de la Asociación de Hawai, y a otros patrocinadores del programa relacionados con o provenientes del programa escolar Alto a la Gripe en la Escuela. Además, he recibido información sobre el Registro de Inmunización de Hawai. (vea el reverso de la hoja).

Fecha: ____/____/____

Nombre del padre/madre o tutor legal en letra imprenta (Apellido, Nombre) _____ Firma de Padre/ Madre/ tutor _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO)

Vaccine	Date Dose Administered	Dose Size	Site	Route	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	VIS Publ. Date	Name, Address, & Title of Vaccine Administrator
Inactivated influenza vaccine	/ /	0.5 ml	RA LA	IM			/ /	/ /	

- Reason **FLU SHOT NOT** given:
- Student had temperature of 100.5° or higher
 - Student's consent form incomplete
 - Student refused **FLU SHOT**
 - Student absent
 - Other: _____