

**Form ng Pahintulot para sa Pagbabakuna ng ESTUDYANTE -
INIKSIYON PARA SA TRANGKASO**

(PAKI-PRINT NANG MALINAW SA PAMAMAGITAN NG ITIM O ASUL NA TINTA)

APELYIDO NG ESTUDYANTE	PANGALAN NG ESTUDYANTE	MI(S)	BUWAN /ARAW/TAON		
ADDRESS NG ESTUDYANTE					ANG ESTUDYANTE AY: <input type="checkbox"/> KAMBAL <input type="checkbox"/> TRIPLET
LUNGSOD	ESTADO	ZIP CODE	TELEPONO SA TAHANAN	KASARIAN NG ESTUDYANTE: <input type="checkbox"/> LALAKI <input type="checkbox"/> BABAE	
PANGALAN NG MAGULANG/TAGAPANGALAGA (APELYIDO)		(PANGALAN)	TELEPONO SA ARAW		CELL
PANGALAN NG PAARALAN		BAITANG (PUMILI NG ISA "●")			
		<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			
PANGALAN NG GURO SA HOMEROOM (APELYIDO, PANGALAN)		JR K K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12			
PANGALAN NG DOKTOR NG ESTUDYANTE (APELYIDO)		(PANGALAN)			
SEGURO SA KALUSUGAN NG ESTUDYANTE (PUMILI NG ISA "●") Ang programang Pigin ang Trangkaso ay LIBRE. Ang inyong kompanya ng seguro ay HINDI sisingilin.					
<input type="checkbox"/> HMSA - PRIBADO <input type="checkbox"/> KAISER - PRIBADO <input type="checkbox"/> UNITEDHEALTHCARE - PRIBADO <input type="checkbox"/> ALOHACARE <input type="checkbox"/> UHA <input type="checkbox"/> HMA <input type="checkbox"/> OHANA <input type="checkbox"/> WALANG <input type="checkbox"/> HMSA - QUEST <input type="checkbox"/> KAISER - QUEST <input type="checkbox"/> UNITEDHEALTHCARE- QUEST <input type="checkbox"/> CHAMPUS/TRICARE <input type="checkbox"/> MDX <input type="checkbox"/> HMAA <input type="checkbox"/> IBA <input type="checkbox"/> SEGURO					
NUMERO NG POLISA SA SEGURO					

Makakatulong sa amin ang mga sumusunod na katanungan upang malaman kung ang inyong anak ay maaaring tumanggap ng **Iniksiyon para sa Trangkaso** (inactivated influenza vaccine). Piliin ang **OO** o **HINDI** ("●") para sa bawat katanungan.

OO HINDI

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Nagkaroon na ba ang inyong anak ng seryosong allergic reaction sa itlog o sa isang sangkap ng anumang bakuna sa trangkaso? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Nagkaroon na ba ang inyong anak ng seryosong allergic reaction sa naunang dosis ng bakuna sa trangkaso? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Nagkaroon na ba ang inyong anak ng Guillain-Barré Syndrome (isang seryosong nervous system disorder)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Kung sumagot kayo ng OO sa anumang katanungan, may katanungan na hindi sinagot, o hindi kayo sigurado sa sagot sa alinman sa mga katanungan sa itaas, HINDI tatanggapin ng inyong anak ang Iniksiyon para sa Trangkaso (inactivated influenza vaccine) sa pamamagitan ng programang pagbabakuna sa paaralan. Kausapin sana ninyo ang doktor ng inyong anak.

PAHINTULOT PARA SA PAGBABAKUNA NG BATA: Natanggap at nabasa ko ang Pahayag Tungkol sa Impormasyon sa Bakuna Influenza (Trangkaso) Bakuna (Hindi Aktibo o Recombinant): *Ano ang kailangan mong malaman*, petsa 8/7/2015. Nauunawaan ko ang mga peligro at benepisyo, at ibinibigay ko ang pahintulot sa Kagawaran ng Kalusugan sa Estado ng Hawaii at sa mga awtorisadong kawani nito para tanggapin ng aking anak, na pinangalanan sa itaas ng form na ito, ang **INIKSIYON PARA SA TRANGKASO** at upang ibahagi sa doktor ng aking anak at sa kompanya ng seguro ng aking anak ang impormasyon tungkol sa pagbabakuna ng aking anak para sa trangkaso. Pumapayag akong isantabi at bitawan ang anumang reklamo laban sa Estado, sa lahat ng nag-aambag na miyembro ng Samahan ng mga Planong Pangkalusugan sa Hawaii (Hawaii Association of Health Plans), at sa iba pang mga tagapagtaguyod ng programa kaugnay ng o nagmumula sa Programang Stop Flu sa Paaralan. Isa pa, natanggap ko ang impormasyon tungkol sa Rehistro ng Imunisasyon sa Hawaii (tingnan sa likod).

Petsa: ____/____/____

Naka-print na Pangalan ng Magulang o Legal na Tagapangalaga _____ Lagda/Magulang o Legal na Tagapangalaga _____
(Apeilyido, Pangalan)

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (GAMIT PANG-ADMINISTRATIBO LAMANG)

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: _____