

Consentimiento para Vacunación Contra la Gripe de Temporada

Estimado Padre/Madre/Guardián:

Por favor complete este formulario si usted desea que su hijo/a reciba la vacuna contra la gripe común/de temporada. Los padres/guardianes, o el adulto autorizado, deben estar presente cuando se aplique la vacuna.

Apellido del/de la Estudiante:		Nombre del/de la Estudiante:		Edad:	Grado:
Domicilio:		Teléfono de la Casa: Teléfono Celular: Teléfono del Trabajo:		Fecha de Nacimiento:	
Maestro/a:	¿Ha recibido su hijo/a alguna vez una vacuna contra la gripe?			<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
	¿Recibió una sola dosis de la vacuna contra la gripe la primera vez que le aplicaron la vacuna?			<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Para máxima protección contra la influenza (gripe), Centers for Disease Control (CDC) (Centros para Control de Enfermedades) recomienda que a los niños menores de 8 años que están recibiendo la vacuna contra la gripe común/de temporada por primera vez, se les aplique una segunda dosis en 4 semanas.

Si su respuesta es **SÍ** para CUALQUIERA de las siguientes preguntas, su hijo/a **NO ES elegible** para recibir la vacuna contra la gripe común/de temporada en este sitio. Por favor lleve a su hijo/a a su proveedor/a de servicios de cuidados de la salud.

Si su respuesta es **NO** para TODAS las preguntas y usted desea que su hijo/a reciba la vacuna contra la gripe común/de temporada, por favor firme abajo.

1. ¿Está enfermo/a su hijo/a hoy?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Es alérgico/a su hijo/a a productos derivados del huevo, thimerosal, neomicina, polimixina B, kanamicina, gentamicina, formaldehído, gelatina, arginina, sacarosa, u otros componentes de la vacuna?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Alguna vez ha tenido su hijo/a una reacción grave a una vacuna contra la influenza (gripe) en el pasado?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿Ha padecido su hijo/a del síndrome de Guillian-Barré?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

No se puede aplicar la vacuna contra la gripe a ningún niño/a que esté enfermo/a el día la clínica de vacunación.

Declaración de Autorización:

He recibido y he leído la declaración de información (Vaccine Information Statement–VIS) sobre la vacuna contra la gripe común/de temporada. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la vacuna. Entiendo que esta vacuna ha sido aprobada para niños que gozan de buena salud, y he revisado las razones por las cuales algunos niños no pueden recibir la vacuna contra la gripe común/de temporada. Ninguna de esas razones se aplica a mi hijo/a. Autorizo que mi hijo/a sea vacunado/a con la vacuna contra la gripe común/de temporada.

Nombre del padre/madre/guardián: _____ Firma del padre/madre/guardián: _____ Fecha: _____

Office Use Only (para uso de la oficina solamente)

Vaccine	Mfgr/ Lot #	Exp. date	Dose/ Route	VIS Date
1 st dose Influenza				
2 nd dose Influenza				

2nd Dose Required: if less than 8 years old	Yes	No
------------------------------------------------------------------	-----	----

1st Vaccine administered by: _____ Date: _____ 2nd Vaccine administered by: _____ Date: _____