

**ATENCIÓN PADRES DE FAMILIA:** Visite <http://knoxcounty.org/health/flumist> PARA LLENAR EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO POR INTERNET. Si usted no desea llenar esta autorización en línea, por favor llene este formulario y devuélvalo al maestro de aula de su hijo. **No haga los dos.**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE, VACUNA GRIPE, KCHD**  
**Registro de vacunas - SLVC 2014**

<b>Official Use Only</b>	<b>Vaccine Source:</b> VFC KCHD
	<b>Vaccine Naïve:</b> No Yes
	<b>Vaccine Type:</b> IIV: 6-35m 36m+ LAIV

**USE LETRA DE IMPRENTA**

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N°. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro del aula: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del niño – Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2º Nombre: \_\_\_\_ Apellido(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ N° de celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ N° contacto de emergencia: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico : \_\_\_\_\_ Pediatra del niño: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre : \_\_\_\_\_ Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal, si es el caso: \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Idioma que usa a diario: \_\_\_\_\_ Hispano:  Si  No

Raza:  Blanco  Negro  Asiático  Indio Americano  Nativo de Alaska  Otro: \_\_\_\_\_

Seguro:  TennCare  No tiene seguro  Seguro privado  Seguro privado(que no cubre la vacuna de la gripe)

Nombre del seguro principal: \_\_\_\_\_ ID del usuario: \_\_\_\_\_ N° del Grupo: \_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_ ID del usuario: \_\_\_\_\_ N° del Grupo: \_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

**Favor de contestar Sí o No a todas las preguntas a continuación. Las respuestas que dé se refieren a la persona que va a recibir la vacuna.**

Encierre en un círculo las respuestas

	Si	No
1. ¿Ha recibido su hijo al menos 2 dosis de vacuna contra la GRIPE (FLU) desde julio de 2010? Si no está seguro, marque No.		
2. ¿Ha recibido su hijo una vacuna en los últimos 30 días? Nombre de la vacuna(s): _____ Fecha(s): _____		
3. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción alérgica grave (potencialmente mortal) a la vacuna de la gripe, como silbido asmático o urticaria (ronchas o erupciones en la piel)?		
4. ¿Tiene su hijo cualquiera de los siguientes? - enfermedades crónicas del corazón - diabetes u otras enfermedades o trastornos metabólicos - enfermedades de la sangre - asma/hiperreactividad de las vías respiratorias/silbido - inhalador que utiliza regularmente - enfermedades del riñón		
<b>Si es sí, describa por favor:</b>		
5. ¿Es su hijo alérgico a componentes de las vacunas, como huevos, gentamicina, arginina (aminoácido), gelatina ó MSG? <b>Si es sí, describa la reacción:</b>		
6. ¿Está su hija embarazada?		
7. ¿Ha tenido su hijo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?		
8. ¿Está su hijo en terapia de aspirina a largo plazo o toma Tamiflu®, Relenza®, amantadine o rimantadine?		
9. ¿Tiene su hijo una enfermedad como cáncer, lupus, VIH/SIDA o toma una medicina que le baja la resistencia a infecciones?		
10. ¿Tiene su hijo contacto cercano con alguien que haya tenido un transplante de médula en los últimos 6 meses?		

**Consentimiento para la administración de la vacuna contra la Influenza a la persona mencionada arriba:** Sé que la persona receptora de esta vacuna no está embarazada ni va a quedar embarazada durante las cuatro semanas después de recibir esta vacuna. He leído la información acerca de la vacuna y las precauciones especiales en la hoja informativa. He tenido oportunidad de hacer preguntas acerca de la vacuna y entender los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que se vacune a la persona mencionada arriba, de la cual soy padre, madre o tutor legal, y reconozco que no se ha dado ninguna garantía sobre el éxito de la vacuna. Por este medio libero al gobierno del condado de Knox, a sus afiliados, empleados, directores y oficiales, de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente, acto de omisión o comisión durante la vacunación. Este consentimiento da permiso al Departamento de Salud del Condado de Knox a facturar a la compañía de seguros por los servicios prestados. Este formulario de consentimiento es válido por 6 meses desde la fecha de la firma inicial.

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre, madre o responsable legal  
**COMENTARIOS DEL PADRE DE FAMILIA:**

\_\_\_\_\_  
 Fecha

(Updated, Jul. 2014)

<b>OFFICIAL USE ONLY</b>	VFC KCHD	<b>PHASE ONE</b>	Mfr/Lot: _____ NDC#: _____ Expiration: _____ Amount: _____ Date Given: _____
	IIV LAIV	<b>VIS Date:</b> _____ <b>Route:</b> _____ <b>Site:</b> _____ <b>Signature:</b> _____ <b>Provider ID:</b> _____	
	VFC KCHD	<b>PHASE TWO</b>	Mfr/Lot: _____ NDC#: _____ Expiration: _____ Amount: _____ Date Given: _____
	IIV LAIV	<b>VIS Date:</b> _____ <b>Route:</b> _____ <b>Site:</b> _____ <b>Signature:</b> _____ <b>Provider ID:</b> _____	