

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

| | |
|--------------------------|---|
| Official Use Only | Vaccine Source: VFC KCHD |
| | Vaccine Naïve: No Yes |
| | Vaccine Type: 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 | | |
| Si es sí, describa por favor: | | |
| 5. ¿Es su hijo alérgico a componentes de las vacunas, como huevos, gentamicina, arginina (aminoácido), gelatina ó MSG? Si es sí, describa la reacción: | | |
| 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

 Fecha

COMENTARIOS DEL PADRE DE FAMILIA:

(Updated, Jul. 2014)

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