



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE,  
VACUNA INFLUENZA 2017.**  
USE LETRA DE IMPRENTA – Llene todo el formulario

|                          |                     |            |           |
|--------------------------|---------------------|------------|-----------|
| <b>Official Use Only</b> | Vaccine Source: VFC | KCHD       |           |
|                          | Vaccine Naïve:      | No         | Yes       |
|                          | Vaccine Type:       | IIV: 6-35m | 36m+ 48m+ |
|                          | Phase 1             | Phase 2    |           |

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_ Apellido(s): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro de aula: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

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

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

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

**Seguro principal (Elija uno):**  CoverKids  TennCare  Seguro privado  No tiene seguro

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

Dirección del seguro o P.O. Box: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha nac. del asegurado: \_\_\_\_\_

**Seguro secundario (Elija uno):**  CoverKids  TennCare  Seguro privado  No tiene seguro

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

Dirección del seguro o P.O. Box: \_\_\_\_\_ Código postal del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha nac.: \_\_\_\_\_

**Favor de contestar SI o No a todas las preguntas. Se refieren a la persona que va a recibir la vacuna.**

**\*\* Esta vacuna contra la influenza (Flu) se da por inyección \*\***

Encierre en un **círculo** las respuestas

|  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Ha recibido su hijo al menos 2 dosis de la vacuna contra la INFLUENZA (Flu, gripe) alguna vez? Si no está seguro, marque No.   | Si | No |
| 2. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción alérgica grave (potencialmente mortal) a la vacuna contra la influenza, como silbido asmático o problemas para respirar? Si marca sí, ¿cuál fue la reacción a la vacuna? | Si | No |
| 3. ¿Es su hijo alérgico al huevo? <b>Si es sí</b> , describa la reacción:  | Si | No |
| 4. ¿Ha tenido su hijo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?  | Si | No |
| 5. ¿Se desmaya su hijo cuando recibe una vacuna?   | Si | No |

**Consentimiento para la administración de la vacuna contra la Influenza a la persona mencionada arriba:** 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 entiendo 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 me 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.

Si desea una copia de la Hoja de información sobre vacunas, visite [http://www.immunize.org/vis/spanish\\_flu\\_inactive.pdf](http://www.immunize.org/vis/spanish_flu_inactive.pdf)

**COMENTARIOS DEL PADRE DE FAMILIA:**

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Official Use Only</b><br/>Place <b>Phase 1</b> Nursing<br/>Record Sticker Here<br/>Align with right side of this box</p> | <p><b>Official Use Only</b><br/>Place <b>Phase 2</b> Nursing<br/>Record Sticker Here<br/>Align with left side of this box</p> |
|--|---|