



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

| | | |
|--------------------------|---|---------|
| Official Use Only | 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? Si es sí , 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

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