

Si desea que su hijo reciba la vacuna contra la INFLUENZA (Flu), llene este formulario y devuélvalo al maestro de aula de su hijo o llénelo en línea en <http://knoxcounty.org/health/schoolflu>. Si **no desea** que su hijo sea vacunado, **no llene** ningún formulario. 7/31/18



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE  
VACUNA INFLUENZA 2018  
USE LETRA DE IMPRENTA – Llene todo el formulario**

<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	
		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 de 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: \_\_\_\_\_

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

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

	Si	No
1. ¿Ha recibido su hijo al menos 2 dosis de la vacuna contra la INFLUENZA en toda su vida? Si no está seguro, marque No.		
2. ¿Ha recibido su hijo la vacuna MMR (sarampión, paperas y rubeola), varicela (Chicken Pox) o fiebre amarilla 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 contra la influenza, como silbido asmático o problemas para respirar? Si marca sí, ¿cuál fue la reacción a la vacuna?		
4. ¿Es alérgico su hijo a componentes de las vacunas, como huevo, gentamicina, arginina, gelatina o MSG (glutamato monosódico)? Si marca sí, ¿cuál fue la reacción a la vacuna?		
5. ¿Han diagnosticado a su hijo alguna vez con el síndrome de Guillain-Barré?		
6. ¿Tiene su hijo: - enfermedad crónica al corazón - diabetes u otro trastorno metabólico - enfermedades de la sangre - Asma, hiperreactividad bronquial o sibilancia - un inhalador que usa regularmente - enfermedades a los riñones - cáncer, lupus, VIH o SIDA - un medicamento que le baja la resistencia de su cuerpo a las infecciones?		
7. ¿Está su hija embarazada?		
8. ¿Está su hijo recibiendo tratamiento diario de aspirina o toma Tamiflu®, Relenza®, amantadine o rimantadine?		
9. ¿Tiene su hijo contacto cercano con alguien que ha recibido un trasplante de médula en los últimos 6 meses?		

**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\\_live.pdf](http://www.immunize.org/vis/spanish_flu_live.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: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Official Use Only**  
Place **Phase 1** Nursing  
Record Sticker Here  
Align with right side of this box

**Official Use Only**  
Place **Phase 2** Nursing  
Record Sticker Here  
Align with left side of this box