



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA VACUNA INFLUENZA 2022 ESTUDIANTES – Llene todo el formulario
ESCRIBA CON PLUMA Y LETRA DE IMPRENTA

Official Use Only	Vaccine Source: VFC KCHD	
	Naïve: Yes No	

Nombre del estudiante: _____ Inic.: _____ Apellido(s): _____ Grado: _____ Maestro/a: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Escuela: _____

Su dirección: _____ Código postal: _____

Sexo: Hombre Mujer Hispano: Sí No Idioma que usa a diario: _____

Raza: Blanco Negro o afroamericano Asiático Indio Americano Nativo de Alaska Otro: _____

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

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): No tiene seguro CoverKids TennCare Seguro privado

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 marcar Sí o No en todas las preguntas. Se refieren a quien va a recibir la vacuna.

	Sí	No
1. ¿Ha recibido su hijo/a al menos 2 dosis de la vacuna contra la INFLUENZA en toda su vida? Si no está seguro, marque No.		
2. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una reacción alérgica grave o potencialmente mortal a la vacuna contra la <i>influenza</i> , como silbido asmático o problemas para respirar? Si marca sí, ¿cuál fue la reacción a la vacuna?		
3. ¿Tiene alergia su hijo/a a los huevos, gentamicina, arginina, gelatina o MSG (glutamato monosódico) o a algún otro ingrediente de las vacunas contra la <i>influenza</i> ? Si marca sí, ¿cuál fue la reacción?		
4. ¿Han diagnosticado a su hijo/a alguna vez con el síndrome de Guillain-Barré?		
5. En los últimos 30 días, ¿ha recibido su hijo/a la vacuna MMR (sarampión, paperas y rubeola), varicela (<i>chicken pox</i>) o fiebre amarilla?		
Nombre de la vacuna(s): _____ Fecha(s): _____		
6. ¿Tiene su hijo/a: (marque todo lo que corresponda) _____ trastornos neurológicos o neuromusculares _____ enfermedad pulmonar crónica _____ asma/enfermedad reactiva vías respiratorias _____ silbidos del pecho en los últimos 12 meses _____ uso regular de inhalador _____ enfermedad del corazón crónica _____ insuficiencia renal o trastorno del riñón _____ trastorno de hígado _____ sin bazo o asplenia _____ diabetes/enfermedad o trastorno metabólico _____ hemopatía _____ implante coclear _____ fuga de líquido cefalorraquídeo _____ sistema inmunológico debilitado, cáncer, lupus o VIH o sida _____ toma un medicamento que le baja la resistencia a la infección		
7. ¿Está su hija embarazada?		
8. ¿Está tomando o tomó hace poco su hijo/a algún medicamento antivírico para la <i>influenza</i> o recibe tratamiento con aspirina a largo plazo?		
9. ¿Tiene su hijo/a contacto cercano con alguna persona gravemente inmunocomprometida que requiera de un ambiente protegido?		

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**

Comentarios del padre de familia: (puede continuar en la parte de atrás):

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

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

Teléfono principal: () _____ - _____ Teléfono de emergencia: () _____ - _____ Revised 8/10/2022

Official Use Only	VFC Patient Eligibility Screening Record - Verification Notes: Check all that apply _____ NOT Eligible for VFC Vaccine	
	<input type="checkbox"/> Medicaid Enrolled <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> No Health Insurance <input type="checkbox"/> Underinsured	<input type="checkbox"/> Has insurance that covers vaccines <input type="checkbox"/> CoverKids
Drug Name: FluMist 0.2 ml Sprayer Amount: 0.2 ml VFC KCHD Mfr: MedImmune NDC: _____ LOT: _____ EXP: ____/____/____ VIS Date: 8/6/2021 Site: BL nares/ R L naris Route: Intranasal Date Given: ____/____/____ Signature: _____ Provider ID: _____ Name: _____	Drug Name: FluMist 0.2 ml Sprayer Amount: 0.2 ml VFC KCHD Mfr: MedImmune NDC: _____ LOT: _____ EXP: ____/____/____ VIS Date: 8/6/2021 Site: BL nares/ R L naris Route: Intranasal Date Given: ____/____/____ Signature: _____ Provider ID: _____ Name: _____	