

**ATENCION PADRES:**

Escanear el código QR a la derecha o IR A WWW.KNOX.ZIPPSLIP.COM PARA COMPLETAR EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO ON-LINE

O, si usted no desea completar el proceso de autorización en línea, por favor, rellene este formulario y devuélvalo al maestro de aula de su hijo.

Por favor, no hacer las dos cosas.



**El Departamento de la Salud del Condado de Knox**

Formulario de consentimiento para el estudiante  
De vacunas vivas atenuadas contra la Influenza / vacuna antigripal inactivada  
Expediente de Inmunización de enfermería

**Escuela de clínicas de vacunación (SLVC) 2011**

Escuela: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Maestra: \_\_\_\_\_  
Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo:  Hombre  Mujer

Por favor letra de Imprenta Nombre del Niño - En primer lugar: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_ Pasado: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de la Casa: ( ) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: ( ) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Contacto de Emergencia: ( ) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ El pediatra del niño/a: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Guardián, Si es Menor de 18 Años de Edad. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Idioma Primario: \_\_\_\_\_ Hispano:  Sí  No

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

Seguro:  TennCare  No Seguro  Seguro Privado (pero no cubre la vacuna de la gripe)  Seguro Privado

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ No. De Identificación Del Miembro: \_\_\_\_\_ Nombre del Grupo: \_\_\_\_\_

**Por favor de Contestar Sí ó No a TODAS las preguntas abajo  
Las preguntas son para la persona recibiendo la vacuna**

Por favor,  
**Círculo**  
para cada  
pregunta

1. ¿Sí esta es la <b>Primera</b> vez recibiendo la vacuna de la Gripe ?	No	Sí
2. ¿El año pasado vacunaron a su niño(a) de la Gripe Estacional por la primera vez? ¿Cuantas dosis? Inseguro	No	Sí
3. ¿Ha recibido su niño(a) una vacuna dentro de los últimos 30 días? Nombre de la Vacuna(s):	No	Sí
4. ¿Su hijo ha tenido un grave (mortal) una reacción alérgica a la vacuna contra la Gripe?	No	Sí
5. ¿Sí su niño(a) tiene cualquier de estas enfermedades? - enfermedades crónicas del corazón - diabetes u otras enfermedades metabólicas ó trastornos - enfermedades del riñon - enfermedades de la sangre - asma	No	Sí
6. ¿Su niño(a) es alérgico a componentes de la vacunas, de Huevos, Gentamicina, Sulfato ó MSG?	No	Sí
7. ¿Su hija está embarazada o amamantando?	No	Sí
8. ¿Su niño(a) a tenido Síndrome de Guillan-Barré?	No	Sí
9. ¿ Su niño(a) tiene menos de 18 años y está en largo plazo de terapia de aspirina?	No	Sí
10. ¿Tiene su niño(a) una enfermedad tal como cáncer, lupus, VIH/SIDA, o toma el/ella una medicina que baje la resistencia del cuerpo a la infección?	No	Sí
11. ¿ Tiene su niño(a) contacto con alguien quién ha tenido un transplante de médula en los últimos 6 meses?	No	Sí

**Requerido para la Administración de la Vacuna de Influenza para el Recipiente Nombrado Arriba:** Soy consciente de que el receptor de esta vacuna no está embarazada ni se quedan embarazadas dentro de cuatro semanas de recibir esta vacuna. He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales en la hoja de información de la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entender los riesgos y beneficios. Pido y voluntariamente su consentimiento de que la vacuna sea administrada a la persona por encima de los cuales yo soy el padre o tutor legal y reconoce que no han dado garantías sobre el éxito de la vacuna. Por el presente comunicado de Gobierno del Condado de Knox, sus afiliados, empleados, directores y funcionarios de toda y cualquier responsabilidad derivada de cualquier accidente, acto de omisión o comisión, que surge durante la vacunación.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/ Madre / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Esta forma de consentimiento es válida por 6 meses de partir de la firma)

**Official Use Only**

____ VFC ____ 317 ____ PAY ____ TIV ____ LAIV	<b>Phase One</b>			
	Mfr/Lot: _____	Expiration: _____	Date Given: _____	Amount: _____ VIS Date: _____
	Route: _____	Site: _____	Signature: _____	Provider ID: _____
____ VFC ____ 317 ____ PAY ____ TIV ____ LAIV	<b>Phase Two</b>			
	Mfr/Lot: _____	Expiration: _____	Date Given: _____	Amount: _____ VIS Date: _____
	Route: _____	Site: _____	Signature: _____	Provider ID: _____