2024-2025 Formulario de Consentimiento para Vacunación contra la Influenza en las Escuelas

Georgia Department of Public Health

Departamento de Salud del Condado de Towns County

Sección 1: Información acerca del Estudiante que Recibirá la Vacuna contra la Influenza
(Por favor escriba en letra de molde)

NOMBRE DEL (la) ESTUDIANTE (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del Segundo Nombre)	NOMBRE DE LA ESCUELA:	
FECHA DE NACIMIENTO DEL (la) ESTUDIANTE (mm/dd/yyyy)	EDAD DEL (la) ESTUDIANTE:	SEXO: M / F	MAESTRO:	GRADO:
ETNICIDAD *(Encierre en un Círculo)* No hispano/latino hispano latino	RAZA *(Encierre en círculo)* afroamericano, blanco, hispano o latino, indígena norteamericano, asiático, nativo de Alaska, hawaiano, otra Isla del Pacífico		NOMBRE DEL PADRE (la madre) / TUTOR LEGAL:	
DIRECCION DE CASA:			NUMERO TELEFÓNICO DE LOS PADRES/ TUTOR:	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO DE LOS PADRES / TUTOR	

INFORMACIÓN DE SEGURO: Tiene algún seguro que cubra vacunas? ☐ Sí / ☐ No

Por favor marcar el proveedor de seguro a continuación:

☐ Aetna ☐ Medicaid ☐ No tengo seguro
☐ Blue Cross Blue Shield ☐ Peachcare ☐ Otro_____
☐ Cigna ☐ United Healthcare

Proporcionar la información de seguro del proveedor seleccionado y anexar a este formulario una copia de la tarjeta del seguro

Nombre Titular de la Póliza _____

Grupo_____

ID Miembro _____

Sección 2: Información Médica: *Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si este estudiante puede recibir la vacuna contra la influenza.**Por favor Sí o No para cada pregunta.***

1. ¿El/la estudiante ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro semanas? Si la respuesta es Sí, por favor indique cuáles:	Sí	No
2. ¿Cuándo fue la última vez que el/la estudiante recibió la vacuna para la influenza?	**FECHA:**	
3. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a los huevos?	Sí	No
4. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la influenza?	Sí	No
5. ¿El/la estudiante usa un inhalador o recibe tratamiento respiratorio para el asma o sibilancia?	Sí	No
6. ¿El/la estudiante está en terapia con aspirina o terapia que contenga aspirina a largo plazo? (Por ejemplo: el estudiante toma aspirina todos los días)	Sí	No
7. ¿El/la estudiante tiene alguna condición de salud significativa o crónica (largo plazo)? (Por ejemplo: diabetes, enfermedad de células falciformes, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, trastornos convulsivos, parálisis cerebral, trastornos musculares o nervio sos)	Sí	No
8. ¿La persona que recibirá la vacuna de la influenza recib medicamentos antivirales?	Si	No
9. ¿El/la estudiante tiene un sistema inmunológico débil? (por ejemplo, debido a VIH, cáncer, o medicinas tales como esteroides o aquellas usadas para tratar el cáncer)?	Sí	No
10. ¿La estudiante está o podría estar embarazada?	Sí	No
11. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	Sí	No

Sección 3: Consentimiento: *El formulario de consentimiento de vacunación incluye opciones que le permiten aceptar o rechazar la vacunación de su hijo(a). Si usted se niega, la vacuna no se le dará a su hijo(a). Si este formulario de consentimiento no está completamente lleno, firmado, con la fecha y devuelto, el(la) estudiante no será vacunado(a) en la escuela.***

☐ **DOY MI APROBACIÓN** a **Towns County Health Department** ***para que el(la) estudiante mencionado arriba reciba la vacuna contra la influenza.*** Confirmo que la información médica y sobre el(la) estudiante proporcionada arriba es correcta. He recibido una copia de la Declaración de Información sobre Vacunas para las vacunas contra la influenza así como un Aviso de Política de Privacidad. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza que se le dará al estudiante al cual estoy autorizado (a) a representar. Entiendo que la participación y recepción de la vacuna contra la influenza a través de este programa es completamente voluntaria. Al firmar abajo, doy permiso para que el estudiante mencionado arriba reciba la vacuna contra la influenza intranasal o inyectable.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ ***Fecha:*** _____

FOR CLINIC USE ONLY

Influenza Vaccine:	Adm Route	Date Dose Administered:	Mfg:	Lot #	Exp Date:	VIS Date:	Signature of Nurse:
☐ Inactivated Influenza Vaccine - Trivalent (IIV_3)	**IM:** LA / RA	/ /			/ /	/ /	**Entry Clerk Initial:** _____
☐		/ /			/ /	/ /	**Date:** _____