



CONSENTIMIENTO PARA VACUNARSE EN LA ESCUELA CONTRA LA GRIPE

| | | | | |
|--|--------|--------------------|--|---|
| Apellido <i>(escriba en letra de molde)</i> | Nombre | Inicial | Fecha de nacimiento Mes ___ Día ___ Año ___ | <input type="checkbox"/> Masculino |
| | | | | <input type="checkbox"/> Femenino |
| Dirección | | Pueblo/Ciudad | | Estado |
| | | | | Código postal |
| Teléfono | | Correo electrónico | | Nombre de su proveedor de Cuidado de la salud |
| | | | | |
| Si es para un estudiante, escriba el nombre de la escuela a la que asiste: | | | | Grado |
| | | | | |

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Indique el nombre de su proveedor de seguro y el número de identificación Por favor, incluya todas las letras y los números.

- Blue Cross/Blue Shield _____ Tufts or Tufts/CareLink _____
- UnitedHealthcare _____ Aetna _____
- Neighborhood Health Plan of RI _____ Neighborhood Health Plan MA _____
- Medicare _____ Otro _____ No seguro

EXAMEN DE ELEGIBILIDAD PARA VACUNARSE

FluMist no se está ofreciendo este año sobre la base de las recomendaciones del CDC . Nos disculpamos por cualquier inconveniente que esto pueda causar .

Si contesta "SI" a cualquiera de las preguntas de 1-4, no puede ser vacunado en la escuela. Por favor, comuníquese con su médico para revisar otras opciones.

| | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. ¿Padece algún tipo de reacción alérgica grave al huevo? | SI | NO |
| 2. ¿Alguna vez ha requerido atención médica debido a una reacción grave por una dosis de la vacuna contra la gripe de estación? | SI | NO |
| 3. ¿Alguna vez ha tenido el síndrome Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal) después de recibir la vacuna contra la gripe de estación? | SI | NO |
| 4. ¿Es alérgico (a) al Timerosal o al Látex? | SI | NO |

CONSENTIMIENTO PARA VACUNARSE EN LA ESCUELA

He contestado NO a las preguntas 1-4. He visto la Declaración de Información sobre la Vacuna en www.immunize.org o he visto una copia que obtuve al llamar a la Línea de Información del Departamento de Salud de Rhode Island (401-222-5960). Entiendo cuáles son los beneficios y riesgos de la vacuna.

La vacuna contra la gripe, marcada en la parte anterior, debe ser suministrada a la persona indicada anteriormente, para quien estoy autorizado a hacer esta petición. Entiendo que puedo revisar o imprimir el Aviso de la Privacidad de la Práctica al momento de aplicarse la vacuna.

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Nombre: _____ Apellido: _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

VIS Date: 8/7/2015

| Vaccine | Route | Manufacturer | Lot No. | Date Vaccination and VIS Given: | Signature of Vaccine Administrator |
|-----------|-------|--------------|---------|---------------------------------|------------------------------------|
| Influenza | RA LA | | | | |