



## 2023-24 Formulario de Consentimiento para Vacunación contra la Influenza en las Escuelas Departamento de Salud del Condado de Greene

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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido) Si corresponde, Sufijo	(Nombre)	(Inicial del Segundo Nombre)	NOMBRE PREFERIDO	NOMBRE DE LA ESCUELA:
FECHA DE NACIMIENTO DEL (la) ESTUDIANTE (mm/dd/yyyy)	EDAD DEL (la) ESTUDIANTE:	SEXO: M / F	MAESTRO:	GRADO:
ETNICIDAD ( <i>Encierre en un Círculo</i> ) No hispano/latino    Hispano latino	RAZA ( <i>Encierre en círculo</i> ) afroamericano, blanco, hispano o latino, indígena norteamericano, asiático, nativo de Alaska, hawaiano, otra Isla del Pacífico Pacific Islander, Other		NOMBRE DEL PADRE (la madre) / TUTOR LEGAL:	
DIRECCIÓN POSTAL DEL ESTUDIANTE			CONDADO DE RESIDENCIA	
DIRECCION FISICA (Si es diferente de la dirección postal)			NUMERO DE TELEFONO DE LOS PADRES/ TUTOR (casa, celular, trabajo)	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO DE LOS PADRES / TUTOR (personal/trabajo)	
<b>INFORMACIÓN DE SEGURO: ¿Tiene algún seguro que cubra vacunas?</b> <input type="checkbox"/> <b>Sí, el estudiante tiene seguro médico. Por favor marcar el proveedor a continuación:</b> <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> CHAMPVA <input type="checkbox"/> PeachCare <input type="checkbox"/> Ambetter <input type="checkbox"/> CIGNA <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Anthem BCBS <input type="checkbox"/> Humana <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> CareSource ACA <input type="checkbox"/> First Health Plans <input type="checkbox"/> Tricare East/Life <input type="checkbox"/> Medicaid <i>includes</i> (Amerigroup, CareSource, or Peach State)			<b>Nombre de soltera de la madre para GRITS</b>  <b>Proporcionar la información de seguro del proveedor seleccionado y adjunte una copia de la tarjeta de seguro a este formulario si es posible</b>  <b>Nombre Titular de la Póliza</b> _____ <b># ID Miembro</b> _____ <b># Grupo</b> _____ <b>Payer ID or EDI Number</b> _____	
<input type="checkbox"/> <b>Otro seguro que no esté mencionado arriba:</b> _____ _____				
<input type="checkbox"/> <b>No, el estudiante no tiene seguro médico.</b>				

**Sección 2: Información Médica:** Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si este estudiante puede recibir la vacuna contra la influenza.  
 \*Por favor encierre en un círculo 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. ¿El/la estudiante que va a ser vacunado tiene alergia a algún ingrediente de la vacuna contra la influenza?	Sí	No
4. ¿El/la estudiante que se va a vacunar alguna vez ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la influenza en el pasado?	Sí	No
5. ¿El/la estudiante que va a ser vacunado/a alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré?	Sí	No
6. ¿El/la estudiante que va a ser vacunado/a alguna vez se ha mareado o desmayado antes, durante o después de una inyección?	Sí	No

**Sección 3: Consentimiento:** Si este formulario de consentimiento no está completo, firmado, con la fecha y devuelto, el(la) estudiante no será vacunado(a) en la escuela.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** al Departamento de Salud del Condado de Greene para que el estudiante mencionado anteriormente reciba la vacuna contra la influenza. Confirmando que la información médica y del estudiante proporcionada anteriormente es correcta. Me han dado una copia y he leído (o me han explicado) la información en la Declaración de información sobre la vacuna (VIS) para la vacuna contra la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza. Pido que la vacuna contra la influenza se proporcione al estudiante nombrado para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

**HIPAA:** Al firmar este formulario, usted reconoce que ha visto y se le ha ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de salud de este condado y que ha proporcionado información de contacto y preferencias precisas o ha especificado que no desea ser contactado.

**Firma del Padre/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## FOR CLINIC USE ONLY

Student's Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Client ID #: \_\_\_\_\_

FOR CLINIC USE ONLY						
Influenza (IIV4, cclIV4, LAIV4)	Site & Route	Date Dose Administered	Mfg Trade Name	Lot #	Exp Date	VIS Date
<input type="checkbox"/> Quadrivalent (IIV4) <b>FV4P</b> .5 syr NonSt <b>FV4V</b> .5 syr StSupl  <small>For 6m – 18 years</small>	LVL/IM LD/IM RVL/IM RD/IM	/ /	GSK <b>Fluarix</b> Quad  GSK <b>FluLaval</b> Quad  Sanofi Pasteur <b>Fluzone</b> Quad		/ /	8/6/2021
<input type="checkbox"/> Quadrivalent (cclIV4) <b>FCC4P</b> .5 syr NonSt <b>FCC4V</b> .5 syr StSupl  <small>For 6m – 18 years</small>	LVL/IM LD/IM RVL/IM RD/IM	/ /	Seqirus <b>Flucelvax</b> Quad		/ /	8/6/2021
<input checked="" type="checkbox"/> FluMist Quad (LAIV4) <b>FI4P</b> .2 spray NonSt <b>FI4V</b> .2 spray StSupl  <small>For 2 – 18 years</small>	Nose – Intranasal	/ /	MedImmune <b>FluMist</b> Quad		/ /	8/6/2021

Signature of Nurse: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Entry Clerk Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_