

DESCARTE ESTE FORMULARIO SI USTED NO QUIERE QUE SU NIÑO VACUNE

**VACUNAR A LOS NIÑOS DE ALABAMA EN LAS ESCUELAS
(Propiedad de Huntsville Pediatric Associates)
Formulario de consentimiento de la vacuna contra la influenza**

Escuela _____
Grado _____
Maestro _____

Sección 1: Información sobre el estudiante que recibe la vacuna (Por favor escriba claramente)

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)	(Primer nombre)	(Inicial del segundo)	FECHA DE NACIMIENTO Mes ____ Dia__ Año
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL (si es aplicable)			GENERO DEL ESTUDIANTE MASCULINO FEMENINO
DIRECCION			PADRE O GUARDIAN TELEFONO DURANTE EL DIA:
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
NOMBRE DEL MÉDICO PRIMARIO DEL PACIENTE (Apellido, Primer nombre)			

Sección 2: Selección para la elegibilidad de la vacuna

SI NO

1. ¿Tiene el paciente una alergia grave a los huevos?		
2. ¿Ha tenido el paciente una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la gripe?		
3. ¿Ha tenido el paciente alguna vez síndrome de Guillain-Barre` (un tipo de debilidad muscular temporal grave) dentro de las 6 semanas después de recibir una vacuna contra la gripe?		

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, su hijo no es elegible para recibir la vacuna contra la gripe en la escuela.

Sección 3: Consentimiento

Quiero la vacuna inyectable de Fluzone (inyección) <http://www.adph.org/Immunization/Default.asp?id=541>

(INICIAL)

La vacuna nasal, FluMist no está disponible este año.

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

Sección 4: Información de seguro (esta información debe ser proporcionada para que el paciente reciba la vacuna)

_____ Mi hijo no tiene seguro médico (es fraudulento no reportar seguro médico en un intento de recibir atención médica gratuita)

Nombre del Suscriptor: _____ **FDN del Suscriptor** _____ **# de Poliza** _____

de Grupo _____ **Fecha efectiva** _____ **Nombre del Seguro** _____

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

For Office Use Only:

IM: LD/RD Lot # _____ **Exp Date** _____ **Administrator** _____

Your child was not vaccinated due to his/her refusal to cooperate _____

SI ESTE FORMULARIO NO ESTÁ COMPLETADO EN SU TOTALIDAD, SU ESTUDIANTE NO SERÁ VACUNADO.

Si tienes alguna pregunta, por favor llama 256-265-2464