



## 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?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
2. ¿Alguna vez ha requerido atención médica debido a una reacción grave por una dosis de la vacuna contra la gripe de estación?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
4. ¿Es alérgico (a) al Timerosal o al Látex?	<b>SI</b>	<b>NO</b>

### 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](http://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				