



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				