

Formulario de consentimiento para la vacuna INJECTABLE contra la gripe del año escolar 2021-22

Por favor, escriba claramente con tinta

Llene esta sección	APELLIDO del estudiante	NOMBRE del estudiante	M.I.	F. de nac. del estudiante	Edad	Género	Grado
				/ /		F M Otro	
	APELLIDO del padre/tutor	NOMBRE del padre/tutor	M.I.	Celular / teléfono diurno			
	Dirección			Dirección de correo electrónico			
	Ciudad	Código postal		Nombre de la escuela Maestro/Aula			

INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD - POR FAVOR, LLENE POR COMPLETO Y CON PRECISIÓN

Copie esta información de SU TARJETA DE SEGURO. Facturaremos a su compañía de seguros. **NO se le cobrará** ningún copago ni deducible.

Tipo de seguro: Asistencia médica Seguro privado Mi hijo/a no tiene seguro médico
(No se rechazará a su hijo/a por no tener seguro)

Nombre de la compañía de seguros	Número de identidad de miembro (escriba en las casillas de abajo)													
	Número de grupo													

SOLO PARA EL SEGURO PRIVADO
Nombre del titular de la póliza o del adulto asegurado Vínculo con el estudiante F. de nacimiento del adulto asegurado Cualquier otro # de tarjeta de seguro
/ /

1. ¿Alguno de los siguientes puntos se aplica a su hijo/a? (Si responde SÍ a cualquier pregunta, es posible que no se vacune a su hijo/a).

Sí	No		Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido una reacción grave a una vacuna contra la gripe en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido el síndrome de Guillain-Barré?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene alergia a algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene alergias graves a algún medicamento, alimento o látex?
Si la respuesta es "sí", explique: _____					

Si su hijo/a es menor de 9 años y no se ha vacunado contra la gripe antes, es posible que necesite una segunda vacuna contra la gripe este año. Por favor, consulte con su proveedor de atención médica para ver si su hijo/a necesita una segunda "dosis" de la vacuna.

Si tiene alguna pregunta sobre la vacuna contra la gripe, comuníquese con el médico de su hijo/a o con el departamento de salud o visite www.flu.gov.

CONSENTIMIENTO PARA LA(S) VACUNA(S) – USTED DEBE FIRMAR AQUÍ PARA QUE SE VACUNE A SU HIJO/A

Al firmar este formulario, doy permiso para que se vacune a mi hijo/a, para que mi compañía de seguros sea facturada por el servicio, para que la vacuna sea ingresada en ImmuNet y en el registro de inmunizaciones de Maryland. Además, estoy de acuerdo que:

- (1) La información anterior es correcta; (2) He leído la hoja informativa sobre la vacuna con fecha de 8/6/21 o alguien me la ha leído;
- (3) Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna que he autorizado que mi hijo/a reciba; y
- (4) Se han contestado todas las preguntas que tenía sobre la(s) vacuna(s);

Firma del padre / tutor legal _____

Fecha: ____ / ____ / ____

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Fecha de administración / VIS entregada	Vacuna	Fabricante de la vacuna	Número de lote	ESCRIBA CLARAMENTE el nombre del administrador de la vacuna