

**Departamento de Salud de Tennessee Proyecto de Vacunación Antigripal en las Escuelas**

**Formulario de Consentimiento del Estudiante y Formulario de Documentación de Vacunación Antigripal**

**Si desea que se le administre la vacuna antigripal a su hijo(a), COMPLETE LA INFORMACIÓN EN EL ANVERSO Y EL DORSO DE ESTE FORMULARIO Y FÍRMELO. DE LO CONTRARIO, deténgase aquí y deseche el formulario.**

**EN LETRA DE MOLDE**

**Escuela:** \_\_\_\_\_ **Maestro de la clase:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

**Estudiante:** Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

**SEXO:** M F **Fecha de nac.:** / / **Edad actual:** \_\_\_\_\_ **NSS del menor:** \_\_\_\_\_

**RAZA:** ↑ Asiática ↑ Negra ↑ India nativa americana ↑ De las islas del Pacífico Blanca Otra **ORIGEN ÉTNICO:** Hispano S N

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Padre/Madre/Tutor:** Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

**Teléfono de la casa del padre/madre/tutor:** ( ) \_\_\_\_\_ **Teléfono celular:** ( ) \_\_\_\_\_

TODAS LAS PREGUNTAS TIENEN QUE SER COMPLETADAS Y MARCARSE SÍ O NO PARA QUE EL ESTUDIANTE PUEDA RECIBIR LA VACUNA ANTIGRIPAL. La enfermera que administre la vacuna leerá esta información el día de la vacunación.	SÍ	NO
1. ¿Su hijo(a) alguna vez ha recibido la vacuna antigripal? ¿Cuándo?		
2. ¿Su hijo(a) ha recibido al menos 2 dosis de vacuna contra la Influenza (gripe) estacional desde julio de 2010?		
3. ¿Su hijo(a) alguna vez ha tenido una reacción alérgica a la vacuna antigripal en el pasado? En caso afirmativo, explique:		
4. ¿Su hijo(a) tiene alergias a algún alimento o medicamento? En caso afirmativo, indíquelo.		
5. ¿Su hijo(a) tiene alergias a alguno de los ingredientes de la vacuna antigripal?		
6. ¿Su hijo(a) alguna vez ha sido diagnosticado con el síndrome de Guillain-Barré?		
7. ¿Su hijo(a) ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? Nombre de la(s) vacuna(s): _____ Dónde: _____ Fecha en que se administró: _____		
8. En los últimos 12 meses, ¿algún proveedor de atención médica le ha dicho que su hijo(a) tenía sibilancias o asma? (Si la respuesta es sí, la vacuna del virus vivo no se recomienda para los niños de 2 a 4 años)		
9. ¿Su hijo(a) padece de algún problema de salud crónico como cardiopatías, enfermedades pulmonares (asma incluida), renales, neurológicas, hepáticas, metabólicas (diabetes, por ejemplo), o anemia o alguna otra afección de la sangre?		
10. ¿Su hijo(a) tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o algún otro problema del sistema inmunológico?		
11. En los últimos 3 meses, ¿su hijo(a) ha tomado medicamentos que debilitan el sistema inmunológico, como la cortisona, la prednisona y otros corticosteroides o medicamentos contra el cáncer; o ha recibido tratamientos de radiación?		
12. ¿Su hijo(a) vive con o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico está gravemente afectado por lo que tiene que vivir en un entorno bajo protección, como por ejemplo una sala de aislamiento para trasplantes de médula ósea?		
13. ¿Su hijo(a) o hijo(a) adolescente (de los 2 a los 17 años de edad) recibe terapia con aspirina o terapia que contiene aspirina?		
14. ¿Su hijo(a) está tomando algún medicamento recetado para prevenir o tratar la gripe? En caso afirmativo, indíquelo:		
15. ¿Su hija está embarazada o espera quedar embarazada en el próximo mes?		
Notas adicionales:		
<p><b>Solicitud de administración de la vacuna antigripal para el destinatario mencionado anteriormente:</b> Antes de que mi hijo reciba la vacuna y el día de la vacunación, recibiré la Hoja de información sobre la vacuna en la que se explica información acerca de la vacuna y las precauciones especiales. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas acerca de la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y de mi propia voluntad doy mi consentimiento para que se administre la vacuna a la persona antes mencionada de la cual yo soy el padre, la madre o tutor legal y reconozco que no se me han dado garantías respecto al éxito de la vacuna. Por el presente exoneró al Departamento de Salud de Tennessee, sus afiliados, empleados, directores y funcionarios de toda y cualquier responsabilidad derivada de cualquier accidente, acto de omisión o comisión, que surgiera durante la vacunación.</p> <p>Entiendo que este documento será entregado a y retenido por el departamento de salud pública. Doy mi autorización para que la escuela de mi hijo(a) retenga una copia de ser necesario. Acuso recibo de haber recibido el Aviso de las Normas de Privacidad del Departamento de Salud. Doy mi autorización para que se facture a TennCare y/o a los seguros privados por el servicio prestado.</p> <p><b>Este Formulario de Consentimiento es válido durante un período de seis (6) meses para la administración de las vacunas antigripales. Puede ser usado para administrar una segunda dosis de la vacuna antigripal, de ser necesario. Entiendo que debo informar al departamento de salud de cualquier cambio de la información anterior antes de la vacunación.</b></p>		
Firma de la madre/del padre/tutor	<b>COMPLETE EL DORSO DEL FORMULARIO</b>	Fecha



**PADRES: Contesten las preguntas siguientes para todos los estudiantes menores de 19 años para determinar si su hijo(a) pudiera ser elegible para el programa de Vacunas Infantiles (VFC, por sus siglas en inglés).**

¿Su hijo(a) tiene CoverKids o algún tipo de seguro médico privado? En caso afirmativo, complete la siguiente información respecto al seguro:

Nombre del seguro Plan \_\_\_\_\_  
Sí NO

¿El seguro cubre las vacunas?

Número de póliza: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de grupo:

Nombre del **Asegurado:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ID del afiliado:

Dirección donde enviar las reclamaciones: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del **Asegurado:** \_\_\_\_\_  
(en el dorso de la tarjeta)

¿Su hijo(a) tiene TennCare? En caso afirmativo, marque con un círculo el plan de salud y proporcione el número de identificación:

BlueCare/TennCare Select

United Health Care

Amerigroup

TennCare ID# \_\_\_\_\_

Si su hijo(a) tiene seguro privado y TennCare, complete también la información del seguro privado que aparece aquí arriba.

¿Su hijo(a) no tiene seguro?

Sí NO

¿Su hijo(a) es indio americano o nativo de Alaska?

Sí NO

### Documentación de inmunización de enfermería

#### ÁREA PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE

Elegible para VFC: Sí NO

#### ÁREA PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE

#1 Fabricante:  Sanofi  Seqirus  GSK  AstraZeneca  Otro \_\_\_\_\_

Fecha de VIS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar en que se administró:  Deltoideo derecho  Deltoideo izquierdo  Intranasal

Número de lote: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*La firma anterior indica la vacunación fue administrada de acuerdo al protocolo de enfermería de salud pública (PHN, por sus siglas en inglés)*

Fecha en que se administró: \_\_\_\_\_

Número de proveedor: \_\_\_\_\_

#2 Fabricante:  Sanofi  Seqirus  GSK  AstraZeneca  Otro \_\_\_\_\_

Fecha de VIS \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar en que se administró:  Deltoideo derecho  Deltoideo izquierdo  Intranasal

Número de lote: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*La firma anterior indica la vacunación fue administrada de acuerdo al protocolo de enfermería de salud pública (PHN)*

Fecha en que se administró: \_\_\_\_\_

Número de proveedor: \_\_\_\_\_

