



# Consentimiento informado para la flu vacuna

COMPLETE TODA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN - Imprima con tinta (No se aceptarán formularios incompletos)

NOMBRE del estudiante:		Apellido del estudiante:		Maestro del salón/Grado		
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento: (mes/día/año)	Edad	N.º de teléfono particular ( ) - N.º de teléfono celular ( ) -		
Dirección		Código Postal		Estado		
Dirección de correo electrónico:		Etia del estudiante: (Marque una opción) Afroamericano/Negro Blanco Alaskeño/Nativo americano Asiático Hispano No hispano Hawaiano/Isleño del Pacífico Otro:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza: (mes/día/año)		

Complete las siguientes preguntas sobre el seguro médico de su hijo/a:

Seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Mi hijo/a NO tiene seguro médico <input type="checkbox"/> Compañía de seguros:	
Nombre del titular de la póliza:	Apellido del titular de la póliza:
Id. de miembro:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza: (mes/día/año)

INDIQUE SÍ O NO A CADA PREGUNTA

SI	NO	1. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una Reacciones a la vacuna contra la gripe que hayan puesto en riesgo su vida en el pasado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Su hijo ha tenido síndrome de Guillain-Barre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Su hijo tiene Alergia a los huevos de gallina o productos de huevos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Su hijo tiene un trastorno de la sangre como la hemofilia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Será la primera vez que su hijo/a reciba una vacuna contra la gripe?



SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE SALUD, COMUNÍQUESE CON EL PEDIATRA DE SU HIJO/A O LLÁMENOS AL 334-738-4840 PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE.

He leído la información sobre la vacuna y los cuidados especiales en la Hoja de Información de la Vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración de Información de la Vacuna más actual e información adicional en el sitio [www.immunize.org](http://www.immunize.org) o en [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). He tenido la oportunidad de hacer consultas sobre la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y doy voluntariamente mi consentimiento para que la vacuna se administre a la persona mencionada arriba, de quien soy padre, madre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no recibí ninguna garantía con respecto al éxito de la vacuna. Por el presente, eximo al sistema escolar, a HNH Immunizations, Inc. y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar de cualquier accidente u acto de omisión que surjera durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informare a la escuela de cualquier cambio de salud anterior a la fecha de la vacunación. Las fechas para la vacunación se pueden obtener mediante la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se usará a fines de facturación del seguro y que se protegerá la privacidad.

Nombre de padre, madre o tutor en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Firma de padre, madre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

VIS CDC IIV 08/07/2015  
Número de LOTE:  
RN N.º

FLUCELVAX  
Fecha de VENC.:

ÁREA PARA USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN OFICIAL

334-738-4840  
AL@healthherousa.com  
326 Prairie St. North  
Union Springs, AL 36089  
HNH Immunizations Inc.

