

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE



Nombre de la escuela:

Fecha de la clínica:

POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACION A CONTINUACION – IMPRIMA CON TINTA (NO SE ACEPTARAN FORMULARIOS INCOMPLETOS)

| | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------|--|---------------|-------------------------|---|--|--|
| NOMBRE de Estudiante: | | | | INICIAL MEDIO | APELLIDO de Estudiante: | | | |
| Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | | Nacimiento: (mes,dia,ano) | | Edad | Grado | Profesor(a) de aula | | |
| Dirección | | | | Teléfono | | Apellido de soltera de la madre: | | |
| Ciudad | | Código postal | | Estado | | Carrera Estudiantil <input type="checkbox"/> Afro Americano/ Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Alaskan/ Nativo-Americano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No-Hispana | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | | | | | | |

Las leyes vigentes en materia de atención médica nos obligan a facturar la vacuna a su compañía de seguros. El servicio se ofrece sin costo para usted. Las respuestas son siempre confidenciales.

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) NO tiene seguro | | | | <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) tiene Medicaid VFC eligible | | | | <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) tiene Seguro Comercial: Proporcione el nombre de la compañía de seguros Not VFC Eligible | | | |
| Nombre del Titular de la póliza | | | | Apellido del Titular de la póliza | | | | | | | |
| ID de miembro: | | | | Fecha de nacimiento del titular de la póliza: (mes,dia,ano) | | | | | | | |

MARQUE SI O NO PARA CADA PREGUNTA

| SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. ¿Ha tenido su hijo(a) alguna vez una reacción potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe en el pasado? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. ¿Su hijo(a) ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barre? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Su hijo(a) tiene alergia a los huevos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. ¿Su hijo(a) tiene un trastorno de la sangre como hemofilia? |
| <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 DE SALUD, POR FAVOR CONTACTE CON EL PEDIATRA DE SU HIJO(A) O LLAMENOS AT 205-609-0268 PARA HABLAR A CON UN REPRESENTANTE.



He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de Información de Vacunas. Soy consciente de que puedo localizar la Declaración de Información sobre Vacunas más reciente y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entender los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna se dé a la persona mencionada anteriormente de quien soy el padre o tutor legal y que tenga autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han hecho garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero el sistema escolar, HNH Immunizations, Inc, MaxVax LLC., y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que voy a hacer que la escuela sea consciente de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso a HNH Immunizations para resolver y apelar con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de la clínica se pueden obtener de la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación de seguros y su privacidad estará protegida. Solicito y consiento voluntariamente que se le dé la vacuna y se registre en Imprint para la persona mencionada anteriormente. Soy el padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre.

Nombre impreso del padre/tutor legal _____ Firma del Padre/Tutor legal _____ Relación con el/la niño(a) _____ Fecha _____

| | | | |
|------------------------|-------------|---|--|
| VIS CDC IIV 08/06/2021 | INFLUENZA | HNH Immunizations Inc. 326 Prairie St. North Union Springs, AL 36089 AL@healthherousa.com 205-609-0268 | |
| LOT Number: | EXP Date: | | |
| RN # _____ | Date: _____ | AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY | |