

**Departamento de Salud de Tennessee
Proyecto de Vacunación contra la Influenza con Sede en las Escuelas**

Formulario de Consentimiento del Estudiante y Formulario de Documentación de Inmunización contra la Influenza

Si desea que su hijo(a) reciba la Vacunación contra la Gripe, COMPLETE LA INFORMACIÓN AL FRENTE Y REVERSO DE ESTE FORMULARIO Y FIRME.

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA, POR FAVOR

Escuela: _____ **Maestro del Aula:** _____ **Grado :** _____

Estudiante: Apellido _____ Primer Nombre: _____ Inicial(Segundo Nombre): _____

SEXO: M F Fecha de Nac.: ____/____/____ Edad Actual: _____ Número de Seguridad Social de hijo/hija: _____

RAZA: Asiático Negro Nativo americano De las islas del Pacífico Blanco Otro **GRUPO ÉTNICO:** Latino NO

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Padre/Madre/Tutor Legal: Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____ **Inicial(Segundo Nombre):** _____

Teléfono de casa del Padre/Madre/Tutor Legal: (____) _____ **Teléfono celular: (____) _____**

TODAS LAS PREGUNTAS TIENEN QUE SER COMPLETADAS MARCANDO "SÍ" O "NO" PARA QUE EL ESTUDIANTE RECIBA LA VACUNA CONTRA LA GRIPE La Enfermera administrando la vacunación revisará la información el día de la vacunación.	SÍ	NO
1. ¿Alguna vez ha recibido su hijo/hija la vacuna contra la gripe?		
2. ¿Ha recibido su hijo/hija, alguna vez en su vida, por lo menos 2 dosis de la vacuna contra la influenza (gripe) de temporada? Si no está seguro, marque "No".		
3. ¿Ha tenido su hijo/hija alguna vez una reacción alérgica severa a la vacuna contra la gripe (que pusiera su vida en peligro), requiriendo atención médica urgente?		
4. ¿Tiene su hijo/hija alguna alergia severa a los huevos (que ponga su vida en peligro; que requiera atención médica urgente? De ser "sí", descríballo:		
5. ¿Tiene su hijo/hija alergia a componentes de la vacuna tales como gentamicina, arginina, gelatina, GMS? De ser "sí", describa la reacción:		
6. ¿Ha sufrido su hijo/hija, alguna vez del síndrome de Guillain-Barré?		

Solicitud para la Administración de la Vacuna contra la Influenza al beneficiario nombrado líneas arriba: Con anticipación a cuando mi hijo/hija reciba la vacuna y en la fecha de vacunación, yo recibiré información acerca de la vacuna y precauciones especiales en la Hoja de Información sobre la Vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito, y voluntariamente doy mi consentimiento para que se administre la vacuna a la persona mencionada anteriormente, de quien yo soy padre/madre o tutor legal, y reconozco que no se han ofrecido garantías concernientes al éxito de la vacuna. Por la presente deslindo de cualquier y toda responsabilidad al Departamento de Salud de Tennessee, a sus filiales, empleados, directores y funcionarios, referente a cualquier accidente, acto u omisión que surgiera durante la vacunación.

Entiendo que este documento se entregará y quedará en posesión del departamento de salud pública. Doy mi permiso para que la escuela de mi hijo/hija mantenga una copia, de ser necesario.

Confirmando que se me ha entregado el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud.

Doy mi consentimiento para que se facture a TennCare y/o a un seguro privado por el servicio proporcionado.

Este Formulario de Consentimiento es válido por seis (6) meses para la administración de vacunaciones contra la influenza. De ser necesario, puede ser usado para administrar una segunda dosis de la vacuna contra la influenza. Entiendo que debo informar al departamento de salud sobre cualquier cambio en la información precedente con anterioridad a la vacunación.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha

POR FAVOR, COMPLETE LA INFORMACIÓN AL REVERSO DE ESTE FORMULARIO

PADRES: Por favor respondan todas las preguntas a continuación para proporcionar la información necesaria para la facturación y para determinar si su hijo pudiera ser elegible para el programa de Vacunas para Menores (Vaccine for Children, VFC).

¿Tiene su hijo/hija CoverKids o algún otro tipo de seguro médico privado? De ser "sí", por favor complete a continuación la información sobre el seguro:

Nombre del Plan de Seguro _____

¿Son las vacunas cubiertas por el seguro? SÍ NO

Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____

Nombre del titular de la póliza _____

Número de Identificación del Miembro: _____

Dirección para Reclamaciones: _____
(mostrado al reverso de la tarjeta)

Fecha de Nacimiento del titular de la póliza: _____

¿Tiene su hijo/hija TennCare? *De ser "sí", encierre en un círculo el nombre del plan de salud y proporcione el número de identificación:

BlueCare/TennCare Select

United Health Care/Americhoice

Amerigroup

Número de Identificación de TennCare _____

¿Carece su hijo/hija de seguro?

SÍ NO

¿Es su hijo/hija Indígena de los Estados Unidos o Nativo de Alaska?

SÍ NO

Documentación sobre Inmunización para Enfermería

ÁREA PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Elegible para VFC: SÍ NO

ÁREA PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

#1 Fabricante: Sanofi Seqirus GSK Otro _____

Fecha de VIS: ____/____/____ Punto de administración: Deltoides derecho Deltoides izquierdo

Número de Lote: _____

Firma _____

Firma precedente indica que la inmunización se dio de acuerdo al Protocolo de PHN

Fecha de administración: _____

Número del Proveedor: _____

#2 Fabricante: Sanofi Seqirus GSK Otro _____

Fecha de VIS: ____/____/____ Punto de administración: Deltoides derecho Deltoides izquierdo

Número de Lote: _____

Firma _____

Firma precedente indica que la inmunización se dio de acuerdo al Protocolo de PHN

Fecha de administración: _____

Número del Proveedor: _____