



¡Obtenga su vacuna contra la influenza en la Agencia de Niños y Familias SBHC!

La vacuna contra la influenza 2023-24 está disponible para todos los estudiantes a través del Centro de salud escolar (SBHC). Los estudiantes deben estar inscritos en el SBHC para recibir la vacuna contra la gripe o cualquier atención médica. Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina del programa SBHC de la Agencia de Niños y Familias: 860-437-4550. **Favor de completar este formulario y devuélvalo al Centro de Salud Escolar o a la enfermera de la escuela si desea que su hijo reciba la vacuna contra la gripe.**

¿Preferiría completar estos formularios en línea? por favor ve a:

 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">SBHC Registro</div>	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA</div>
--	--

El nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Salon Principal: _____

Número de teléfono del padre/tutor: _____ Proveedor de atención primaria: _____

Quiero que la enfermera de SBHC le dé a mi hijo la vacuna contra la gripe. Me gustaría que mi hijo reciba:

_____ **la vacuna inyectable contra la gripe (inactivada)**
 _____ **la vacuna en aerosol nasal (vivo)**

*Si desea estar presente para la vacuna de su hijo, llame al 860-437-4550 para programar una cita. De lo contrario, se establecerá un horario para administrar la vacuna durante el día escolar sin la presencia de un padre.

Preguntas De Salud:

- ¿Su hijo tiene asma o sibilancias en los últimos 12 meses? Yes___ No___
- ¿Su hijo es alérgico a los huevos? Yes___ No___
- ¿Ha tenido su hijo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? Yes___ No___
- ¿Hay alguien en el hogar que tenga un sistema inmunológico deficiente? Yes___ No___
- ¿Ha recibido su hijo alguna vez una vacuna contra la gripe? Yes___ No___ *

* Si su hijo tiene menos de 9 años y nunca se vacunó contra la influenza, Se necesitan 2 dosis con un mes de diferencia.

¿Su hijo ha tenido alguna vez una mala reacción a la vacuna contra la gripe? * Yes___ No___

Inyectado (inactivado): https://www.immunize.org/vis/flu_inactive.pdf

Aerosol Nasal (Vivo): https://www.immunize.org/vis/flu_live.pdf

“He leído o me han explicado la información sobre la vacuna contra la influenza de la Declaración de información sobre vacunas (VIS). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que comprendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la influenza y solicito que me la administren a mí o a la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.”

 Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta) Firma del Padre / Tutor Fecha