



CONSENTIMIENTO PARA PADRES PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE ESTACIONAL

Etiqueta de escaneo

SOLO PARA USO CLÍNICO

Id. del distrito escolar

Nombre de la escuela

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (ESCRIBA SOLO CON TINTA NEGRA)

Form fields for student information: NOMBRE DEL ESTUDIANTE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO DEL ESTUDIANTE, EDAD, GRADO, FECHA DE NACIMIENTO, SEXO, ESCUELA, MAESTRO DEL AULA, RAZA, ORIGEN ÉTNICO, DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL, NOMBRE DEL PADRE, APELLIDO DEL PADRE, TELÉFONO CELULAR DEL PADRE, DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE, IDIOMA PREFERIDO, TELÉFONO DEL DOMICILIO DEL PADRE.

INFORMACIÓN DEL SEGURO (COMPLETE TODAS LAS CASILLAS)

Form fields for insurance information: ¿Su hijo tiene SC Medicaid?, ¿Su hijo tiene un seguro médico privado?, Indique el N.o de identificación de SC Medicaid de su hijo, Indique el N.o de identificación del seguro de su hijo.

¿El seguro cubre la vacuna contra la gripe? NO SI NO ESTOY SEGURO

PREGUNTAS PARA DETERMINAR SI SE PUEDE APLICAR LA VACUNA CONTRA LA GRIPE (RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS)

10 numbered questions regarding medical history and symptoms, such as severe reactions to vaccines, Guillain-Barré syndrome, recent vaccinations, asthma/diabetes, aspirin use, immune system weakness, pregnancy, contact with immunocompromised individuals, and recent antiviral medication use.

Si respondió "SÍ" a una de las preguntas de la 3 a la 10, su hijo no puede recibir la vacuna contra la gripe en aerosol nasal. Recibirá la vacuna antigripal inyectable.

Si respondió "NO" a las preguntas de la 3 a la 10, seleccione el tipo de vacuna que prefiere que reciba su hijo: Si no selecciona ninguna opción, se administrará la VACUNA ANTIGRIPAL INYECTABLE.

- Options for vaccine type: Vacuna antigripal inyectable (vacuna contra la gripe inactivada tetravalente [IIV3]) and Aerosol nasal (vacuna contra la gripe elaborada con microbios vivos, atenuada [LAIV]).

Si su hijo tiene menos de 9 años, responda lo siguiente: Contando todas las dosis de la vacuna contra la gripe recibidas hasta el 1 de julio de 2024, ¿su hijo ha recibido un total de 2 dosis? Si la respuesta es "No" o no está seguro, es posible que su hijo necesite 2 dosis de la vacuna contra la gripe esta temporada.

DEBE FIRMAR EN LA PÁGINA SIGUIENTE PARA DAR SU CONSENTIMIENTO



**SOUTH CAROLINA DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH**

**PARENT CONSENT FOR SEASONAL INFLUENZA VACCINATION**

Instructions for Completing 3225-SPA-DPH

**Purpose:**

The purpose of the Parent Consent for Seasonal Influenza Vaccination is to provide a form which captures student information, insurance information, influenza vaccination screening questions and authorization and consent along with clinic documentation.

**Instructions:**

**Item by Item Instructions:**

1. Parent will complete front of form which includes student information, insurance information, influenza vaccination screening questions and authorization and consent.
2. DPH staff will make every effort to ensure that that the parent has completed the front of the form. If incomplete, public health nurse will contact parent and document additional information in the Notes section on the back of the form.
3. Public health nurse will access pre-clinic screening information and document appropriate eligibility and second dose, if needed.
4. First and second dose vaccine documentation will be completed after the public health nurse administers vaccine as follows:
  - a. **Vaccine Formulation:** Check the appropriate box based on vaccine administered
    - i. **IIV4** – Quadrivalent inactivated influenza vaccine
    - ii. **LAIV** - Live Attenuated Influenza Vaccine (nasal spray)
  - b. **Eligibility Type:** check the appropriate box based on patient’s eligibility
    - i. **VFC** – Medicaid
    - ii. **VFC** – American Indian/Alaska Native
    - iii. **VFC** – Uninsured (No Insurance)
    - iv. **State** – Underinsured
    - v. **State** – Insured
  - c. **MFR/LOT:** enter manufacturer and lot number for vaccine administered (use of label is acceptable)
  - d. **Site/Route:** Check the appropriate box
    - i. **LD** – Left deltoid
    - ii. **RD** – Right deltoid
    - iii. **Other** – Site other than those listed above
  - e. **Nurse Signature:** Nurse administering vaccine provides full legal signature
  - f. **Date:** Enter two digit month and day, as well as four digit year that vaccine was administered
  - g. **ECode:** Enter 4-digit ecode.
  - h. **County Code:** Enter 2-digit county code.
  - i. **Patient/Student’s Assigned Classroom Teacher Signature and Date:** Classroom teacher who can identify student provides full legal signature and enters current date.
  - j. **“What to KnowAfter...”:** Check box if “What to Know After...” (010745-ENG-CR) is given to student.
  - k. **“Unable to Vaccinate due to...”:** Check box if unable to vaccinate and provide reason in blank. Student should be given form 010743-ENG-CR.

**Office Mechanics and Filing:**

Form will be batch filed, according to agency medical records policy, in county where vaccine was administered.