



## Formulario de consentimiento de vacunación contra la influenza anual – VACUNA CONTRA LA GRIPE

### **Sección 1: Información acerca del niño que recibe la vacuna (escribir en letra de imprenta)**

Apellido Del Estudiante	(Nombre)	S.N.	Fecha De Nacimiento Del Estudiante	
Apellido Del Padre/Tutor Legal	(Nombre)	S.N.	Edad Del Estudiante	Sexo Del Estudiante M / F
Direccion			Numero De Telefono Del Padre/TutorLegal:	
Ciudad	Estado	Codigo Postal		
NOMBRE DEL MÉDICO DEL ESTUDIANTE Y DIRECCION:				
NOMBRE DE LA ESCUELA				GRADO

### **Sección 2: Examen para la elegibilidad de la vacunación**

¿Su hijo fue vacunado con la vacuna contra la influenza de temporada después del 1 de julio de 2010?  
SÍ  NO

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si su hijo puede recibir la vacuna contra la influenza de temporada. Si responde "NO" a las cuatro preguntas siguientes, su hijo probablemente recibirá la vacuna contra la influenza. Si responde "SÍ" a una o más de estas preguntas, su hijo puede recibir la vacuna contra la influenza de temporada, pero nos comunicaremos con usted para discutir sus opciones.

**Marque SÍ o NO para cada pregunta.**

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo tiene alergia grave a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo tiene cualquier otra alergia grave? Liste:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez su hijo tuvo una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez su hijo tuvo síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave y temporal) dentro de las 6 semanas posteriores a recibir una vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Sección 3: Consentimiento**

#### **CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DE SU HIJO:**

He leído la Declaración de información sobre la vacuna del 8/6/2021 para la vacuna contra la influenza estacional y entiendo los riesgos y beneficios.

**Doy mi consentimiento** a INTEGRATED HEALTH SERVICES, INC y su personal para vacunar a mi hijo con esta vacuna.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### **Sección 4: Registro de vacunación**

PARA USO ADMINISTRATIVO ÚNICAMENTE

Vacuna	Ruta	Fabricante de vacunas	Número de lote	Fecha de caducidad	Nombre y cargo del administrador de vacunas	Fecha de administración de la dosis
	IM RD LD					