



2026-27 Formulario de Consentimiento para
Vacunación contra la Influenza en las Escuelas

VHN Number:
Clinic use only

Nombre de la escuela _____

Si no desea que su hijo reciba la vacuna contra la gripe, no complete ni devuelva el formulario.

Sección 1: Información acerca del Estudiante que Recibirá la Vacuna contra la Influenza (por favor escriba en letra de molde)

NOMBRE DEL (la) ESTUDIANTE	(Inicial del segundo nombre)	APELLIDO	APODO (nombre estudiante pasa en la escuela)	
FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	EDAD	SEXO: (Encierre en un Círculo) Masculino / Femenino	MAESTRO	GRADO
ETNICIDAD Hispano/Latino ☐ Sí / ☐ No	RAZA (Encierre en círculo) ☐ Afroamericano ☐ Blanco ☐ Hispano o Latino ☐ Nativo Americano ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai ☐ Otro Isleño del Pacífico ☐ Otro		NOMBRE DEL PADRE (la madre) / TUTOR LEGAL	
DOMICILIO:			NUMERO TELEFÓNICO DE PADRES/ TUTOR	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	Proporcionar la información de seguro del proveedor seleccionado y anexar a este formulario una copia de la tarjeta del seguro	
INFORMACIÓN DE SEGURO: Tiene algún seguro que cubra vacunas? ☐ Sí ☐ No Por favor marcar el proveedor de seguro a continuación: ☐ Aetna ☐ Medicaid/PeachCare/Amerigroup/Peachstate/CareSource ☐ Ambetter ☐ United Healthcare ☐ No tengo seguro ☐ Anthem BCBS ☐ UMR ☐ Otro _____ ☐ Cigna ☐ TRICARE Standard ONLY ☐ CareSource Marketplace			Nombre Titular de la Póliza: _____ # ID Miembro: _____ # Grupo: _____	

Sección 2: Información Médica: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si este estudiante puede recibir la vacuna contra la influenza.
Por favor encierre en un círculo Sí o No para cada pregunta.

1. ¿El/la estudiante ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro semanas? Si la respuesta es Sí, por favor indique cuáles:	Sí	No
2. ¿Cuándo fue la última vez que el/la estudiante recibió la vacuna para la influenza?	FECHA: _____	
3. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a los huevos?	Sí	No
4. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la influenza?	Sí	No
5. ¿El/la estudiante usa un inhalador o recibe tratamiento respiratorio para el asma o sibilancia?	Sí	No
6. ¿El/la estudiante está en terapia con aspirina o terapia que contenga aspirina a largo plazo? (Por ejemplo: el estudiante toma aspirina todos los días)	Sí	No
7. ¿El/la estudiante tiene alguna condición de salud significativa o crónica (largo plazo)? (Por ejemplo: diabetes, enfermedad de células falciformes, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, trastornos convulsivos, parálisis cerebral, trastornos musculares o nerviosos)	Sí	No
8. ¿El/la estudiante tiene un sistema inmunológico débil? (por ejemplo, debido a VIH, cancer, o medicinas tales como esteroides o aquellas usadas para tratar el cáncer)?	Sí	No
9. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	Sí	No
10. ¿La estudiante está o podría estar embarazada?	Sí	No
11. ¿La persona que se va a vacunar está recibiendo medicamentos antivirales contra la influenza?	Sí	No

Sección 3: Consentimiento a vacunar: Si este formulario de consentimiento no está diligenciado completamente, firmado, con la fecha y devuelto, el(la) estudiante no será vacunado(a) en la escuela.

CONSENTIMIENTO PARA QUE EL(LA) ESTUDIANTE RECIBA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA Al firmar abajo, reconozco que la información médica y del alumno proporcionada arriba es correcta. Me han dado una copia de la Declaración de Información sobre Vacunas para las vacunas contra la gripe o un código QR para consultar el documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la gripe que se le dará al alumno al cual estoy autorizado a representar. Entiendo que participar y recibir la vacuna contra la gripe a través de este programa es completamente voluntario. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela y al departamento de salud correspondiente por lo menos tres días hábiles antes de la fecha programada para la clínica escolar de vacunación contra la influenza, si mi hijo ya fué vacunado contra la influenza con otro proveedor de salud este año. Al firmar abajo, yo doy permiso para que el alumno antes mencionado reciba la vacuna contra la gripe.		
Firma del Padre/Tutor Legal: _____		Fecha: _____
FOR CLINIC USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE LA CLÍNICA)		
Inactivated Influenza Vaccine 2026-27 Administration Route: ☐ IM / LEFT Deltoid ☐ IM / RIGHT Deltoid VHN Code: _____ Lot # _____ Exp Date: _____ Vaccine Administration Date: _____	STATE- Orange COUNTY- Green Place Sticker Above in Box Clerical Use ONLY!	 Español Vacuna contra la influenza (gripe) la Declaración de Información de Vacuna
Nurse Signature: _____ Date: _____		