



Healthy Kids Clinic
A Part of Cumberland Family Medical Center, Inc.
PO Box 2399 · Russell Springs, KY 42642
Toll Free: 844.435.0900
www.healthykidsclinics.com

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA DE LA GRIPE

SOLO COMPLETAR SI DESEA QUE SU ALUMNO RECIBA LA VACUNA CONTRA LA GRIPE

SE ENVIARÁ UNA LLAMADA DE "TODOS" A NIVEL DISTRITAL A LOS TUTORES NOTIFICANDO LAS FECHAS DE LA GRIPE

Estimado padre/tutor,

La Clínica Healthy Kids tendrá vacunas contra la gripe disponibles para los estudiantes durante los meses de la temporada de gripe. Por favor, firme a continuación si permite que su hijo reciba la vacuna el día que nuestro proveedor y enfermera visiten su colegio. Tenga en cuenta que el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomienda que los niños de seis meses o más reciban la vacuna contra la gripe anualmente.

Nombre del alumno: _____ sexo asignado al nacer : _____ Alergias: _____
Fecha de nacimiento: _____ Nombre del colegio: _____ Tutor: _____ Idioma: _____
Raza: _____ Dirección: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Número de la Seguridad Social: _____
Compañía de seguros: _____ Policy Número: _____ Número de grupo: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ DOB: _____ Relación con el paciente: _____
Dirección del titular de la póliza si es diferente al del paciente: _____ Hispano/No suyo: _____

La INYECCIÓN de FLU se administra en el músculo. Algunas condiciones son precauciones o contraindicaciones para recibir esta vacuna. Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre su hijo.

- ¿Tu hijo es alérgico a los huevos? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿cuál fue la reacción _____
- ¿Tu hijo tiene alergia a la Neomicina, Polimixina, Kanamicina o Gentamicina? ☐ Sí ☐ No
- ¿Su hijo tiene antecedentes de una reacción alérgica grave a una vacuna contra la gripe? ☐ Sí ☐ No
- ¿Su hijo tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré en las 6 semanas siguientes a una vacuna antigripal previa ? ☐ Sí ☐ No

Al firmar este consentimiento, yo, como tutor del estudiante mencionado, doy permiso para que reciba la vacuna contra la gripe administrada por la Clínica Healthy Kids en su colegio. Entiendo que si llevo a mi alumno a vacunarse contra la gripe en otra clínica, debo informar inmediatamente a la enfermera escolar de mi alumno.

Nombre del padre/tutor (impreso): _____

Firma del padre/tutor: _____ **Date:** _____

Si tu hijo tiene ocho años o menos, por favor véase más abajo

Los CDC recomiendan que todos los niños entre 6 meses y 8 años que no hayan recibido previamente 2 dosis de la vacuna antigripal con más de 4 semanas de diferencia antes del 1 de julio de este año, reciban dos dosis separadas por al menos 4 semanas para máxima protección. Si su hijo tiene entre 6 meses y 8 años y cumple con los criterios anteriores, podemos ofrecer ambas dosis a través de Healthy Kids Clinic. Al inicializar a continuación, usted, como padre o tutor, da su consentimiento para que su hijo reciba la serie de vacunas contra la gripe en dos partes.

Por favor, inicie por vacuna: INYECCIÓN de _____ Two Partes de la Gripe

Office Use Only: Lot #: _____ Exp. Date _____ Manufacturer _____ Date & Time
Given _____ VS: (T) _____ (P) _____ (O2 sat) _____ Nurses Name: _____ Inj. Site: _____