



Formulario de Consentimiento de Vacunación para Estudiantes SOLAMENTE PARA INFLUENZA año 2019-20

DATOS DEMOGRÁFICOS PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA: VFC O LHD

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Edad: ____ Sexo: M F Nombre de la Escuela: _____ Maestro del Aula: _____ Grado: ____

Nombre de Padre/Tutor: _____ Fecha de nacimiento de Padre/Tutor: ____/____/____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono de Padre/Tutor: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Mi hijo: () NO está asegurado (por un seguro privado, Medicaid o FAMIS)
 () es Indígena Americano o es Nativo de Alaska
 () está asegurado - Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del Titular: ____/____/____

USTED DEBE ADJUNTAR UNA COPIA DEL FRENTE Y REVERSO DE LA TARJETA DE SEGURO O ESTE FORMULARIO NO SERÁ ACEPTADO.

NOTA: La vacuna se le proporcionará a su hijo sin costo para usted si su hijo es apto para el Programa de Vacunas para Niños. Si su hijo está cubierto por un plan de seguro de salud privado, el Departamento está obligado por ley a solicitar el reembolso de todos los costos permitidos asociados con la provisión de la vacuna.

HISTORIAL MÉDICO

Lista de todas las alergias conocidas: _____

Marque SÍ o NO a TODAS las preguntas a continuación para determinar si su hijo puede recibir la Vacuna Desactivada contra la Influenza ("vacuna antigripal"). La enfermera que administra la vacuna verificará esta información el día de la vacunación.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a algún componente de la vacuna contra la gripe (huevos, gentamicina, gelatina y arginina)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez su hijo tuvo una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la gripe administrada previamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido su hijo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (SGB, por sus signas en inglés, es decir, parálisis progresiva ascendente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas 1, 2 o 3 anteriores sobre alergia grave, reacción o GBS, es posible que la vacuna contra la gripe no sea segura para su hijo/a y él/ella NO recibirá la vacuna contra la gripe.

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO:

He leído la(s) Declaración(es) actual(es) sobre la Información de Vacunación para la Vacuna Desactivada contra la Influenza (vacuna antigripal). Entiendo los riesgos y beneficios, y doy mi consentimiento al Departamento de Salud y al personal autorizado para mi hijo nombrado en la parte superior de este formulario para recibir la vacuna desactivada inyectable contra la influenza (vacuna).

Firma del Padre o Representante legal: _____ Fecha: ____/____/____

AVISO DE CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B O C

VDH está obligado por § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), según enmienda, a brindarle el siguiente aviso:

1. Si cualquier profesional de la salud, trabajador o empleado de VDH debe estar directamente expuesto a la sangre o los fluidos corporales de su hijo de una manera que pueda transmitir la enfermedad, entiendo que la ley exige que mi hijo dé una muestra de sangre venosa para exámenes adicionales. Entiendo que las pruebas que se realizarán son para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará el resultado de la prueba. 2. Si su hijo debe estar directamente expuesto a la sangre o los fluidos corporales de un profesional de la salud, trabajador o empleado de VDH de una manera que pueda transmitir una enfermedad, se analizará la sangre de esa persona para detectar la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como para Hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará a usted y a esa persona el resultado de la prueba. Doy mi consentimiento para tal prueba y la divulgación de los resultados de la prueba a la persona que estuvo expuesta.

SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Vacuna/Código de Artículo	Número de Iote	Fuente de Financiamiento Circule uno	Lugar de Inyección	# de Proveedor
		VFC ESTADO 317 LHD		

Nombre/Firma del proveedor: _____ Fecha: _____