

Formulario de consentimiento para la vacuna contra la gripe



Escuela:

Fecha Indicada de Clínica:

Nombre del Estudiante:										Apellido del Estudiante:														
Genero: Masculino Femenino					Fecha de Nacimiento: (MM/DD/AAAA)					Edad					Grado									
Dirección										# Teléfono Hogar () - # Teléfono Celular () -														
Ciudad					Código Postal					Estado					Raza del Estudiante: (Circule Uno) Afroamericano / Negro Blanco Nativo de Alaska/Nativoamericano Asiático Hispano No-Hispano Hawaiano/Isleño del Pacífico Otro:									
Dirección Electrónica:																								

Las leyes actuales de atención médica requieren que facturemos a su compañía de seguros por la vacuna. El servicio se ofrece sin costo para usted. Las respuestas son siempre confidenciales.
Complete las siguientes preguntas relacionadas con el seguro de salud de su hijo:

Medicaid <input type="checkbox"/>										Mi hijo NO tiene seguro de salud <input type="checkbox"/>										Compañía de Seguros:									
Nombre del Titular de la Póliza:										Apellido del Titular de la Póliza:																			
Identificación del Miembro:										Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: (MM/DD/AAAA)																			

MARQUE SÍ O NO EN CADA PREGUNTA

1	¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave o potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe?	YES	NO
2	¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	YES	NO
3	¿El paciente tiene alergia a los huevos?	YES	NO
4	¿El paciente tiene alergia a algún componente de la vacuna?	YES	NO



**SOLO REGRESE
ESTA FORMA SI
QUIERE ESTA
VACUNA**

He leído la información sobre esta vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de Información Sobre la Vacuna. Estoy consciente de que puedo encontrar la Declaración de Información Sobre la Vacuna más actualizada y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta vacuna y comprender los riesgos y beneficios. Por la presente, reconozco que según la información que se me presenta, mi niño/a es elegible para recibir la vacuna contra la influenza en la fecha de clínica indicada. Solicito y doy consentimiento voluntario para que la vacuna se administre al/la niño/a mencionado anteriormente, y de quien soy padre/madre o tutor legal y que tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Entiendo que no se puede garantizar que la vacuna contra la influenza dará inmunidad para contraer cualquier especie de influenza. Hoy mi niño/a se siente bien y no ha tenido fiebre recientemente. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema asociado con esta vacuna. Por la presente, libero al sistema escolar, Health Hero America LLC, sus empleados, representantes y agentes de cualquier responsabilidad por administrar la vacuna contra la influenza a mi niño/a. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud de mi niño/a antes de la fecha de vacunación. Las fechas de vacunación se pueden obtener de la escuela. Autorizo a HHA para proporcionar a la escuela de mi niño/a la documentación de las vacunas que se administran en la fecha de clínica indicada.



NOMBRE IMPRESO DEL PADRE/TUTOR

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

FIRMA DEL PERSONAL DE HHA

FECHA

AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY
VIS CDC IIV 08/15/2019 FLUZONE

Administered by: _____ Location: RA LA

Health Hero America, LLC
244 Flightline Dr.
Spring Branch, TX 78070
mbatey@coldchain-tech.com
210-800-8402

