



Formulario De Consentimiento Anual Para La Vacuna Aerosol Nasal Contra La Influenza

Sección 1: Información para Recibir Vacuna (por favor escriba en letra de imprenta)

| | | | | | |
|-------------------------------|------------------|------------------------------|----------------------------|--------|---------------|
| NOMBRE (Apellido) | (Nombre De Pila) | (Inicial Del Segundo Nombre) | NUMERO DE TELEFONO DIURNO: | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | EDAD DEL | GENERO | DIRECCIÓN | | |
| Mes _____ Día _____ Año _____ | | M / F | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |

Sección 2: Selección de Elegibilidad de la Vacuna Por Favor, marque Si o NO para cada pregunta.

| | SI | NO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si su hijo o hija puede recibir la vacuna contra la influenza. | | |
| 3. ¿Tiene una alergia grave a los huevos o Gentamicin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la influenza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Alguna vez has tenido el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa temporal) dentro de 6 semanas después de recibir una vacuna contra la influenza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sus respuestas a las siguientes preguntas determinarán si recibirá una inyección o un atomizador nasal. | | |
| 4. ¿Has recibido alguna vacuna en los últimos 30 días? (Por ejemplo, el Triple Viral SRP "MMR", SR y (o) vacuna contra la varicela "Chicken Pox".) Vacuna: _____ Fecha dada: Mes _____ Día _____ Año _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene una alguno de los siguientes: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica) o enfermedad de los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, los nervios o la sangre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Estás en recibe aspirina a largo plazo o terapia que contenga aspirina (por ejemplo, su hijo toma aspirina todos los días)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tiene un sistema inmunitario débil (por ejemplo, de VIH, cáncer o medicamentos como los esteroides o los que se usan para tratar el cáncer)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Estás embarazada o amamantando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Tiene R contacto cercano con una persona que necesita atención en un entorno protegido (por ejemplo, alguien que haya recibido recientemente un trasplante de médula ósea)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN INFANTIL:

He leído o me han explicado la Declaración de información sobre vacunas 2019 para la vacuna contra la influenza de temporada y entiendo los riesgos y beneficios. Mantengo a salvo el distrito escolar, el sitio escolar y la persona que administra la vacuna. Reconozco que no se ha proporcionado ninguna garantía para el éxito de la vacuna.

Al firmar, el espacio para la firma que se proporciona a continuación, **DOY MI CONSENTIMIENTO** al Stockton Unified School District a su personal para RPLVPR, nombrado en la parte superior de este formulario, para recibir la vacuna inyectable o la vacuna intranasal según corresponda en función de las respuestas al cuestionario anterior. Además, entiendo que, si este formulario de consentimiento no está firmado, **R** no será vacunado.

Firma _____ **Fecha:** Mes _____ Día _____ Año _____

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

| Vaccine | Route | Date Dose Administered | IM Site | Administrator | Lot Number | Health Futures ID# |
|-----------|-----------------------------------------------------------------|------------------------|---------|---------------|------------|--------------------|
| Influenza | <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal | / / | | | | |
| Influenza | <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal | / / | | | | |