



Formulario de Consentimiento Para la Vacuna Contra la Influenza (gripe)

NOMBRE DE NIÑO(A) (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del 2 ^{DO} nombre)	GRADO	PROFESOR(A)	
NOMBRE DE PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del 2 ^{DO} nombre)	FECHA DE NACIMIENTO MES/DÍA/AÑO ____/____/____	EDAD	GÉNERO M / F
DIRECCIÓN			PARENT/GUARDIAN DAYTIME PHONE NUMBER:		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	ESCUELA		

Por favor responda las siguientes preguntas trazando un círculo alrededor de "SÍ" o "NO". Necesitamos esta información de salud importante para determinar si su hijo debe recibir esta vacuna y qué tipo de vacuna puede recibir.

1. ¿Tiene su hijo(a) una alergia grave a huevos?	SÍ	NO
2. ¿Tiene su hijo(a) alguna otra alergia grave? Por favor enumere:	SÍ	NO
3. ¿Alguna vez ha tenido su hijo(a) una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra influenza (gripe)?	SÍ	NO
4. ¿Ha tenido su hijo(a) alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal) dentro de las 6 semanas posteriores a recibir a vacuna contra la influenza (gripe)?	SÍ	NO
5. ¿Está embarazada su hija?	SÍ	NO

Por favor trace un círculo alrededor de "SÍ" o "NO" para cada artículo de consentimiento, complete la información del seguro (aseguranza) y firme a continuación. Su hijo(a) no recibirá la vacuna contra la influenza (gripe) sin la firma de uno de los padres o tutor.

1. Doy mi consentimiento para compartir los datos de vacunación contra la influenza con el Registro de Vacunación de Wisconsin (WIR) para que mi clínica/doctor sepa que mi hijo(a) ha recibido esta vacuna.	SÍ	NO
2. Por favor trace un círculo en la mejor descripción de la cobertura del seguro médico de su hijo(a): ForwardHealth Otro Seguro Médico Vacunas cubiertas por Seguro Médico Vacunas no cubiertas Sin Seguro Médico		

He leído las Declaración de Información sobre la vacuna contra la influenza y comprendo los riesgos y beneficios. Al firmar este formulario de consentimiento, autorizo al Departamento de Salud del Condado de St. Croix a administrar la vacuna contra la influenza (gripe) al niño(a) mencionado anteriormente.

Firma del Padre/Madre o Tutor: _____ **Fecha:** _____

Date Dose Administered	Route	IM Site	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
	IM	LD RD			