

**Influenza Escolar Forma de Consentimiento de la Clínica**

**Para 3K a Grado 12º**

**Autorización para Recibir la 2018-2019  
 Vacuna Inactivada contra la Influenza (Inyectable)**



**PublicHealth**  
 Prevent. Promote. Protect.  
**Winnebago County  
 Health Department**

La información coleccionada en esta forma se usará para documentar la autorización para el recibo de la vacuna contra la influenza inyectable (vacuna antigripal) en la escuela de su hijo. Esta información puede ser compartida por el Registro de Inmunización de Wisconsin (WIR) con otros proveedores de cuidado de salud directamente involucrados con su hijo.

Nombre del Niño ----- <b>POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE CON PLUMA</b> -----			Fecha de Nacimiento (mm-dd-yyyy) - -
Apellido:	Nombre:	Medio Nombre:	
Dirección:			Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono ( )
Raza (Indique uno) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano/Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africano Americano			Etnicidad (Indique Uno) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
El Apellido de Soltera de la Madre: (Apellido, Nombre):		Nombre de la Escuela:	Grado: Maestro K-6:
Nombre del Padre o Tutor Responsables del Niño si es menor de 18 años (Apellido, Nombre):			Relación al niño:

**Por favor conteste las siguientes preguntas para que podamos decidir si el niño puede recibir la 2018-2019 vacuna contra la influenza (vacuna contra la gripe).**

Sí     No    ¿Su hijo tiene alergia a los huevos?

Sí     No    ¿Tuvo en el pasado alguna reacción seria a la vacuna contra la influenza/gripe su hijo?

Sí     No    ¿Su hijo ha tenido alguna vez el Síndrome Guillain-Barre (una grave debilidad temporal de los músculos)?

Sí     No    Doy permiso para calmar, asegurar, y mantener mi hijo/a durante el recibo de la vacuna.

Otros comentarios del padre/tutor legal:

He leído o me han explicado la declaración de información de Vacuna inactivada contra la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna solicitada y pido que le administre la vacuna a la persona nombrada arriba de quien yo estoy autorizado a hacer esta solicitud por el Departamento de Salud del Condado de Fond du Lac County. Si mi hijo(a) es menor de 9 años de edad este consentimiento autoriza la segunda dosis de vacuna si es indicado médicamente. El consentimiento puede ser revocado notificando al Departamento de Salud del Condado de Winnebago (920) 232-3000.

Doy permiso para compartir los registros de inmunización de mi niño que se prestan a la escuela con el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin y mi Proveedor de las Vacunas con el fin de mantener un registro completo y preciso para ayudar a asegurar la inmunización completa. Haga clic aquí si usted no da su permiso para compartir:

<b>FIRMA - Persona a recibir la vacuna o la persona autorizada para firmar en nombre del paciente.</b>  X	Fecha Firmada:  <i>Por favor use tinta</i>
---	--

<b>Notas: Para Persona de la Escuela/Departamento de Salud:</b>	
DOSE #1 Date: _____ IM: RD LD RV LV	DOSE #2 Date: _____ IM: RD LD RV LV
Manufacturer _____ Lot # _____	Manufacturer _____ Lot # _____
SIGNATURE: _____, RN	SIGNATURE: _____, RN