



Columbia/Boone County Public Health & Human Services
1005 W. Worley, Columbia, MO 65203
Phone: 573-874-7356



2020 Consentimiento de vacuna contra la Influenza "Gripe" - Ofrecido por la escuela

Hay que rellenar el formulario completamente. Si no rellene UD. este formulario completamente y no lo devuelva a la escuela, su hijo(a) no será vacunado.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE QUE RECIBIRÁ LA VACUNA (POR FAVOR-Escriba en letra imprenta)

Nombre de estudiante (Apellido)		(Nombre)	(2º Nombre)	Fecha de Nacimiento mes _____ día _____ año _____	
Nombre de escuela/grado/maestro(a)			Edad de estudiante	Sexo de estudiante <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
¿Tiene el/la estudiante seguro de salud?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Asegurado(a) por MEDICAID (MO HEALTHNET)			Número de estudiante		
Dirección de estudiante					
Ciudad	Estado	Código Postal		Número(s) telefónico(s) del padre/madre/guardián:	
Nombre del padre/madre/guardián(Apellido)		(Nombre)	2º Nombre.)	Dirección del padre/madre/guardián(Opcional)	

SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE ELEGIBILIDAD

	SÍ	NO
1. ¿Es su hijo(a) alérgico(a) severamente a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene su hijo(a) cualquier otra alergia severa? Por favor liste: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna reacción seria a la vacuna de la gripe o a un componente en la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha padecido su hijo(a) del síndrome de Guillian-Barré (severa debilidad muscular temporal) dentro de 6 meses de recibir la vacuna contra la influenza "gripe"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 3: INFORMACION SOBRE LA VACUNA

La vacuna contra la gripe inyectable es el único tipo de vacuna contra la gripe que se ofrecerá.

--- FIRMA ABAJO: NO SE DARÁ LA VACUNA SIN LA FIRMA DEL PADRE/MADRE/O GUARDIÁN---

SECCIÓN 5: DECLARACION DE AUTORIZACIÓN

DOY CONSENTIMIENTO al Departamento de Salud pública y servicios humanos de Columbia/condado de Boone y a sus empleados para administrar la vacuna 2020 contra la gripe/influenza. He leído o me han explicado la declaración de información 2019 (8/7/2015 versión) para la vacuna 2020 contra la gripe/influenza y entiendo los riesgos y beneficios. Entiendo que se de un declaración de información sobre vacuna para 2020 en el momento de la vacunación, y puedo acceder al la declaración en www.immunize.org/vspanish_flu_inactive.pdf

Firma del padre/madre/guardián _____ Fecha: mes _____ día _____ año _____

SECCIÓN 6: REGISTRO DE VACUNA – PARA USO OFICIAL SOLAMENTE:

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dosage	VIS Given	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2020 Influenza	/ /	<input type="checkbox"/> IM RD LD	<input type="checkbox"/> 0.5cc	<input type="checkbox"/> IIV4 Date: <u>8/15/19</u>			