**2021 Formulario de Autorización para la Vacuna de Influenza**

**Seccion 1: Información sobre el niño que recibirá la vacuna (en letra de imprenta)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Estudiante** (Apellido) | | (Nombre) | (M.I.) | **Fecha de Nacemiento del Estudiante**  **Mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dia\_\_\_\_\_\_\_\_Año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **NOMBRE DE PADRE/ENCARGADO** (Apellido) | | (Nombre) | (M.I.) | **EDAD** | **GENERO DE ESTUDIANTE**  **M / F / O** |
| **DIRECCION** | | | | **PADRE/ENCARGADO NUMERO DE TELEFONO:** | |
| **CIUDAD** | **ESTADO** | **CODIGO POSTAL** | |
| **NOMBRE DE ESCUELA** | | | | **GRADO** | |

**Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si su hijo puede recibir la vacuna contra la influenza 2021. Marque SÍ o NO en cada pregunta.**

1. **Si responde “NO” a las cuatro preguntas siguientes, probablemente su hijo pueda recibir la vacuna contra la influenza. Si responde “SÍ” a una o más de las siguientes cuatro preguntas, es posible que su hijo pueda recibir la vacuna contra la influenza 2021, pero nos comunicaremos con usted para analizar sus opciones.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| 1. ¿Su hijo tiene una alergia grave a los huevos? | ⁭ | ⁭ |
| 2. ¿Su hijo tiene otras alergias graves? Por favor liste:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⁭ | ⁭ |
| 3. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna de la Influenza? | ⁭ | ⁭ |
| 4. ¿Ha tenido su hijo el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal grave) en las 6 semanas posteriores a la vacunación contra la gripe? | ⁭ | ⁭ |

**Seccion 3: Autorizacion**

|  |
| --- |
| **CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO:**  DOY MI CONSENTIMIENTO a la APRN del Centro de Salud Escolar para que mi hijo nombrado en la parte superior de este formulario sea vacunado con esta vacuna.  (Si este formulario de consentimiento no está firmado, fechado y devuelto, su hijo no será vacunado en la escuela)  Firma de Padre/Encargado Legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha: Mes\_\_\_\_\_\_Dia\_\_\_\_\_\_Año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

**Seccion 5: Registro de Vacunación**

**FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccine** | **Date Dose Administered** | **Route** | **Dose Number (1st or 2nd)** | **Vaccine Manufacturer** | **Lot Number** | **Name and Title of Vaccine Administrator** |
| 2021 H1N1 | / / |  |  |  |  |  |