



**Formulario de consentimiento para la vacuna contra la gripe estacional
(IIV) 2018-2019**

Nombre completo y legal		Nombre de Escuela	
Nombre de Padre	Relacion al Estudiante	Maestro/Grado	
Dirreccion	Correo Electronico	Fecha de Nacimiento	
Ciudad	Codigo Postal	Telefono	Celular

Favor de escoger y llenar los siguientes preguntas

Asegurnza Privado
 Chip/STAR/Medicaid
 Indio Americano/Navitvo de Alaska
 Asegurana no cubre
 Mi hijo(a) no tiene aseguranzz (Habra un cobro de\$5)

Nombre de Aseguranza: _____ Numero de Identificacion: _____

Titular de la Poliza: _____ Fecha de Nacimiento del titular: _____

Las leyes actuales de atención médica nos exigen que le facturemos a su compañía de seguros por la vacuna. No habrá gastos de bolsillo para los asegurados.

Vacunas para ser administradas:

HPV
 MCV 4
 Men B
 Tdap
 Varicella
 Hep A
 Hep B
 MMR
 IPV

Si usted tiene preguntas sobre salud, favor de contactar a su pediatra o hable a Aurora Concepts al 936-598-3296 para hablar con una enfermera.

Reconozco que Aurora Concepts me brindo la oportunidad de leer el aviso de practicas de privacidad y la declaracion de informacion sobre vacunas CDC para la vacuna contra la influenza inactivada (IIV) en su sition web: www.auroraconcepts.net en la pestana Recursos para el paciente.

Doy mi permiso a Aurora Concepts y sus administradores para darle a mihijo la vacuna en mi ausencia, para comunicarme con los proveedores de atencion medica, segun sea necesario, y para la entrada de datos, facturacion y almacenamiento de acuerdo con las politicas del Departamento de Salud de Texas, para asegurar una atencion medica optima para mihijo. Por la presente, publico Aurora Concepts y distrito escolar de mi hijo de cualquier responsabilidad relacionada con la adminitracion y los posibles efectos secundarios de la vacuna.

SI, Quiero Participar
 NO, No quiero Participar

 Nombre de Padre Firma de padre Fecha

AREA PARA USO OFICIAL SOLO PARA LA ADMINISTRACION				
Clinic/Office Address:	Clinic/Office Address:	Clinic/Office Address:	Clinic/Office Address:	Clinic/Office Address:
Publication Date of VIS:	Publication Date of VIS:	Publication Date of VIS:	Publication Date of VIS:	Publication Date of VIS:
Date VIS Given:	Date VIS Given:	Date VIS Given:	Date VIS Given:	Date VIS Given:
Vaccine Given:	Vaccine Given:	Vaccine Given:	Vaccine Given:	Vaccine Given:
Date Vaccine Administered:	Date Vaccine Administered:	Date Vaccine Administered:	Date Vaccine Administered:	Date Vaccine Administered:
Vaccine Manufacturer:	Vaccine Manufacturer:	Vaccine Manufacturer:	Vaccine Manufacturer:	Vaccine Manufacturer:
Vaccine Lot Number:	Vaccine Lot Number:	Vaccine Lot Number:	Vaccine Lot Number:	Vaccine Lot Number:
Site of Administration:	Site of Administration:	Site of Administration:	Site of Administration:	Site of Administration:
Signature of Vaccine Administrator:	Signature of Vaccine Administrator:	Signature of Vaccine Administrator:	Signature of Vaccine Administrator:	Signature of Vaccine Administrator:
Title of Vaccine Administrator:	Title of Vaccine Administrator:	Title of Vaccine Administrator:	Title of Vaccine Administrator:	Title of Vaccine Administrator: