CONSENTIMIENTO DEL PADRE O LA MADRE PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE

SOLO PARA USO CLÍNICO	School District ID	School Name

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (escriba en tinta negra)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	MI	APELLIDO DEL ESTUDIANTE	EDAD	GRADO

FECHA DE NACIMIENTO(MM/DD/AAAA) / /	GÉNERO ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	ESCUELA	MAESTRO DE AULA

RAZA ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o isleño del Pacífico ☐ Caucásico

ORIGEN ÉTNICO ☐ Hispano o latino ☐ Ni hispano ni latino

DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR	APELLIDO DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR	TELÉFONO CELULAR DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR ( ) -

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR	TELÉFONO DEL DOMICILIO DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR ( ) -

INFORMACIÓN DEL SEGURO (complete todas las casillas)

¿Su hijo/a tiene SC Medicaid? ☐ NO ☐ SÍ	Si la respuesta es "Sí", indique el núm. de identificación de SC Medicaid:
¿Su hijo/a tiene un seguro médico? ☐ NO ☐ SÍ	Si la respuesta es "Sí", ¿el seguro cubre la vacuna contra la gripe? ☐ NO ☐ SÍ

PREGUNTAS DE DETECCIÓN SOBRE LA VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE (responda todas las preguntas)

		NO	SÍ
1.	¿Su hijo/a ha tenido alguna vez una reacción grave a los huevos **O** una reacción grave a una vacuna antigripal anterior que le haya causado alguno de los siguientes síntomas: sibilancia, dificultad para respirar, urticaria y comezón en todo el cuerpo, hinchazón en la boca o en la garganta, presión arterial muy baja o choque?	☐	☐
2.	¿Su hijo/a ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (un trastorno poco frecuente de debilidad muscular temporal y parálisis grave)?	☐	☐

Si respondió "SÍ" a una de las preguntas 1 o 2, su hijo/a no puede recibir la vacuna contra la gripe estacional 2022-2023 en la escuela. Comuníquese con el/la médico/a de cabecera de su hijo/a.

		NO	SÍ
3.	¿Ha recibido su hijo/a la vacuna contra la varicela, sarampión, paperas y/o rubéola en los últimos 30 días? Nombre de la vacuna:_____ Fecha de administración:_____	☐	☐
4.	¿Su hijo/a tiene alguna de las siguientes enfermedades: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad del metabolismo), o alguna enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones, del hígado, de los nervios o de la sangre (incluida la anemia), o tiene un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo, o no tiene bazo?	☐	☐
5.	¿Su hijo/a toma aspirina o algún medicamento que contenga aspirina todos los días?	☐	☐
6.	¿Su hijo/a tiene un sistema inmunológico débil? (Por ejemplo, tratamiento contra el cáncer o el VIH/SIDA, o toma medicamentos como los esteroides que pueden debilitar el sistema inmunológico)	☐	☐
7.	¿Su hija está embarazada? (Hable sobre esto con su hija para verificarlo)	☐	☐
8.	¿Su hijo/a tiene contacto estrecho con una persona que necesita de cuidados en un entorno protegido? (Por ejemplo, una persona que esté en una unidad de trasplante de médula ósea)	☐	☐
9.	Si su hijo/a tiene entre 2 y 4 años, ¿ha tenido algún episodio de sibilancias en los últimos 12 meses?	☐	☐
10.	Su hijo/a recibió recientemente alguno de los siguientes medicamentos antivirales en los períodos de tiempo especificados a continuación: • oseltamivir o zanamivir en las últimas 48 horas; • peramivir en los últimos 5 días; • baloxavir en los últimos 17 días.	☐	☐

Si respondió "SÍ" a *una* de las preguntas 3 a 10, su hijo/a no puede recibir la vacuna contra la gripe en atomizador nasal. Recibirá una inyección antigripal.	**Si respondió "NO" a las preguntas 3 a 10, seleccione la vacuna que prefiera para su hijo/a: Se administrará la VACUNA CONTRA LA GRIPE, si no se selecciona nada.** ☐ Inyección antigripal (vacuna inactivada tetravalente contra la gripe {IIV4}) ☐ Atomizador nasal (vacuna contra la gripe con virus vivos atenuados {LAIV})

Responda si su hijo/a tiene menos de 9 años: Contando todas las dosis anteriores contra la gripe recibidas hasta el 1 de julio de 2022, ¿ha recibido su hijo/a un total de 2 dosis? Si la respuesta es "NO" o no está seguro, podría necesitar 2 dosis de la vacuna antigripal esta temporada.	NO ☐	SÍ ☐	NO ESTOY SEGURO ☐

DEBE FIRMAR EN LA PÁGINA SIGUIENTE PARA QUE EL CONSENTIMIENTO SEA ACEPTADO

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Al firmar abajo, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información personal de salud de mi hijo/a para fines de salud pública y evaluación del programa. El Aviso de privacidad del DHEC se puede encontrar en el siguiente enlace: http://www.scdhec.gov/sites/default/files/Library/ML-025046.pdf o se puede proporcionar una copia del aviso en caso de solicitarse.

Si corresponde, al firmar abajo, solicito que se realice el pago de los beneficios de Medicaid en mi nombre al DHEC por cualquier servicio prestado a mi hijo/a. Doy permiso al DHEC para que intercambie la información médica u otra información confidencial de mi hijo/a según sea necesario a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), sus agentes u otros agentes necesarios para determinar los beneficios relacionados con la prestación del servicio. Estoy de acuerdo en participar de los planes de tratamiento y en la asignación de los beneficios de Medicaid al DHEC por los servicios prestados.

Autorización para la vacunación: Solicito voluntariamente al DHEC que administre la vacuna contra la gripe estacional a mi hijo/a mencionado/a anteriormente, y doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba la vacuna contra la gripe estacional en la escuela, que será administrada por el personal del DHEC. He leído y respondido las preguntas de la página anterior con cuidado y precisión, y entiendo que la información incorrecta podría causar graves riesgos a mi hijo/a. Entiendo que la vacuna se administrará de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) y a las respuestas que he dado a las preguntas de detección 1 a 9 en la página anterior. He leído la declaración de información sobre las vacunas contra la gripe: Inyección antigripal: https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.pdf o atomizador nasal: https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flulive.pdf. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna. Doy mi consentimiento para que el DHEC le haga un análisis de sangre a mi hijo/a en caso de que haya una exposición ocupacional durante la administración de la vacuna contra la gripe y el DHEC considere que dicho análisis es necesario.

Entiendo que la información de inmunización sobre mi hijo/a se comunicará al Registro de Inmunizaciones de Carolina del Sur a los fines de la salud pública. Tengo autoridad legal, basada en mi relación con la persona indicada anteriormente, para dar mi consentimiento para la administración de esta vacuna.

FIRMA DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR LEGAL	**FECHA** / /

DETALLES DE LA VACUNACIÓN (Influenza V04.81) SOLO PARA USO CLÍNICO – ESCRIBA EN TINTA NEGRA

FIRST DOSE

VACCINE ☐ IIV4 ☐ LAIV

ELIGIBILITY ☐ VFC MEDICAID ☐ VFC AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE ☐ VFC UNINSURED (NO INSURANCE) ☐ STATE UNDERINSURED ☐ STATE INSURED

VIS DATE 08/06/2021	**MANUFACTURER:** ☐ GLAXOSMITHKLINE ☐ ASTRA ZENECA ☐ SANOFI PASTEUR **LOT NUMBER**	**SITE OF ADMINISTRATION** ☐ LD ☐ RD ☐ Nasal ☐ Other_____
NURSE SIGNATURE	Nurse: I hereby attest by signature below that the patient (or guardian of patient) in question has been given the Influenza Vaccine Information Sheets and has given written consent for vaccination.	**DATE** / / **ECODE** / **COUNTY CODE**
PATIENT'S/STUDENT'S ASSIGNED CLASSROOM TEACHER SIGNATURE	Teacher: I hereby attest by signature below that the identity of the patient in question has been verified.	**DATE** / /

☐ "What to Know After…" given to student ☐ Unable to vaccinate due to_____ "Unable to Vaccinate" form given to student/school.

SECOND DOSE

VACCINE ☐ IIV4 ☐ LAIV

ELIGIBILITY ☐ VFC MEDICAID ☐ VFC AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE ☐ VFC UNINSURED (NO INSURANCE) ☐ STATE UNDERINSURED ☐ STATE INSURED

VIS DATE 08/06/2021	**MANUFACTURER:** ☐ GLAXOSMITHKLINE ☐ ASTRA ZENECA ☐ SANOFI PASTEUR **LOT NUMBER**	**SITE OF ADMINISTRATION** ☐ LD ☐ RD ☐ Nasal ☐ Other_____
NURSE SIGNATURE	Nurse: I hereby attest by signature below that the patient (or guardian of patient) in question has been given the Influenza Vaccine Information Sheets and has given written consent for vaccination.	**DATE** / / **ECODE** / **COUNTY CODE**
PATIENT'S/STUDENT'S ASSIGNED CLASSROOM TEACHER SIGNATURE	Teacher: I hereby attest by signature below that the identity of the patient in question has been verified.	**DATE** / /

☐ "What to Know After…" given to student ☐ Unable to vaccinate due to_____ "Unable to Vaccinate" form given to student/school.

Notes:

PRE-CLINIC SCREENING- FOR CLINIC USE ONLY

FIRST DOSE ELIGIBILITY: ☐ VFC MEDICAID ☐ VFC AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE ☐ VFC UNINSURED (NO INSURANCE) ☐ STATE UNDERINSURED ☐ STATE INSURED

SECOND DOSE NEEDED? ☐ NO ☐ YES

SECOND DOSE ELIGIBILITY: ☐ VFC – MEDICAID ☐ VFC AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE ☐ VFC UNINSURED (NO INSURANCE) ☐ STATE UNDERINSURED ☐ STATE INSURED

STUDENT NAME

MCI Number

Date of Birth / /