PERMISO DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE (INFLUENZA) DE 2016/17

La información colectada en este formulario será usada para documentar el permiso para que su hijo reciba la vacuna contra la gripe de 2016-17. El registro de esta inmunización será compartido con el Registro Estatal de Inmunización (WIR) para otros proveedores de cuidado de salud.

Nombre del alumno (Apellidos, Primer nombre, segundo nombre)			Sexo: ☐ Masculino ☐Femenina
Fecha de cumpleaños Mes _____ Día _____ Año _____	Edad	Grado escolar	# Teléfono de casa
Dirección de casa Ciudad Condado Estado Código Postal			
Padre/madre/guardián	¿Podemos entrar esta vacuna en el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin? ☐ Sí ☐ No		

Por favor indique sus respuestas con círculo (rodee Sí o No):

1. ¿Está enfermo la persona que va a recibir la vacuna hoy?	**SÍ**	**NO**
2. ¿Tiene su hijo una alergia severa a los huevos?	**SÍ**	**NO**
3. ¿Su hijo una vez ha tenido una reacción seria a una vacuna contra la gripe?	**SÍ**	**NO**
4. ¿Su hijo una vez ha tenido el síndrome Guillain Barré entre 6 semanas de recibir una vacuna contra la gripe?	**SÍ**	**NO**

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA:

Yo he leído, o alguien me ha explicado, la declaración de la información de la vacuna contra la gripe de 2016-17. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna y pido que mi hijo/a reciba la vacuna. Tengo la autoridad de dar este permiso.

Firma X _____ Fecha: _____

Form reviewed by: _____ Date: _____

FOR OFFICE USE **VIS date: 8/7/16**

2016-2017 Seasonal Flu: Route (circle one) =IM Body site (circle one) = RD or LD RV or LV Dose (circle one) 1 or 2

Lot No: (.50)

Manufacturer____U5599AC_____Lot No: (.25)

Signature and title of person administering vaccine: _____Date_____