

PERMISO DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE (INFLUENZA) DE 2013/14

La información colectada en este formulario será usada para documentar el permiso para que su hijo reciba la vacuna contra la gripe de 2013-14. El registro de esta inmunización será compartido con el Registro Estatal de Inmunización (WIR) para otros proveedores de cuidado de salud.

ESCUELA: _____ Ciudad: _____

Nombre del alumno (Apellidos, Primer nombre, segundo nombre)			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

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

1. ¿Tiene su hijo una alergia severa a los huevos?	SÍ	NO
2. ¿Tiene su hijo otras alergias severas? Por favor apúntela: _____	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

Hay dos tipos de vacuna contra la gripe de 2012-13 (la inyección y el atomizador de nariz). Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudan determinar cual tipo su hijo puede recibir.

5. ¿Ha recibido su hijo cualquier vacuna (incluyendo la de la gripe) en las 4 semanas pasadas? (por ejemplo, atomizador de nariz de la gripe, MMR, varicela, etc.) Apunte todas las vacunas: _____ y la fecha recibida: _____	SÍ	NO
6. ¿Tiene su hijo uno de las siguientes: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica), trastorno muscular (p.ej. ataques, epilepsia, parálisis cerebral), o enfermedad de pulmones, corazón, riñones, hígado, nervios, o sangre?	SÍ	NO
7. ¿Está tomando su hijo aspirina o medicinas que contienen aspirina (por ejemplo, ¿toma aspirina todos los días?	SÍ	NO
8. ¿Tiene su hijo un sistema inmunológico débil (por ejemplo, de VIH, cáncer, o medicinas como esteroides)?	SÍ	NO
9. ¿Su hijo tiene contacto con alguien que tiene un sistema inmunológico débil y que necesita aislamiento protector (cómo un salón esterilizado en el hospital)?	SÍ	NO
10. Para los niños de menos de 5 años de edad: ¿Ha tenido su hijo episodios de resoplar en los 12 meses pasados?	SÍ	NO
11. ¿Está embarazada su hija?	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 2013-14. 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 _____

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA

VIS 7-26-13

2013-14 Seasonl Flu: Route (circle one) = IM o IN Body Site(circle one) = RD or LD Dose(circle one) 1 or 2

Manufacturer: Medimmune Lot No. BH2124

Signature and Title of Person Administering Vaccine: _____ Date: _____