

PERMISO DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE (INFLUENZA) DE 2015-2016

La información colectada en este formulario será usada para documentar el permiso para que su hijo reciba la vacuna contra la gripe de 2015-16. 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: <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. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma el día de hoy?	SÍ	NO
2. La persona que se va a vacunar, ¿tiene alergia a los huevos o a algún component de la vacuna contra la influenza?	SÍ	NO
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo en el pasado alguna reacción seria a la vacuna intranasal contra la influenza (Flumist)?	SÍ	NO
4. La persona que se va a vacunar, ¿tiene menos de 2 años or más de 49 años?	SÍ	NO
5. La persona que se va a vacunar, ¿tiene algún problema de salud a largo plazo de enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad neurológica o neuromuscular, enfermedad del hígado, alguna enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia o alguna otra enfermedad de la sangre?	SÍ	NO
6. Si la persona que se va a vacunar es un niño de 2 a 4 años, en los últimos 12 meses, ¿algún profesional de la salud le dijo que el niño tenía sibilancias o asma?	SÍ	NO
7. La persona que se va a vacunar, ¿tiene el sistema inmunológico débil debido al VIH/SIDA o a otra enfermedad que afecta el sistema inmunológico, o en los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	SÍ	NO
8. La persona que se va a vacunar, ¿recibe medicamentos antivirales?	SÍ	NO
9. El niño o adolescente que se va a vacunar, ¿recibe terapia con aspirina o terapia que contenga aspirina?	SÍ	NO
10. La persona que se va a vacunar, ¿está embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes?	SÍ	NO
11. La persona que se va a vacunar, ¿ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	SÍ	NO
12. La persona que se va a vacunar, ¿vive, o espera tener contacto cercano, con una persona con el sistema inmunológico gravemente afectado y que tiene que estar en un ambiente protegido y aislado (por ejemplo, una habitación de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)?	SÍ	NO
13. La persona que se va a vacunar, ¿ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas?	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 2015-16. 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 8-7-15

Route (Circle one) + IM or Intranasal (IN)

Body Site (circle one) = RD, RV, LD, LV or IN

Manufacturer: Medimmune Lot No. _____

Signature and Title of Person Administering Vaccine: _____

Date: _____