

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE TALBOT  
 VACUNA DE LA GRIPE TEMPORADA- CONSENTIMIENTO DEL NIÑO EXPEDIENTE DE ADMINISTRACIÓN

**FAVOR EN LETRA DE MOLDE INFORMACION DE LA PERSONA A RECIBIR VACUNA**

Nombre del Niño y Apellido		Primer nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento (M/D/A)	Edad:
DIRECCION: Número y Calle Apta.			Ciudad	Condado	Estado
					Código Postal
SEXO DEL NIÑO : M / F	NUMERO DE TELEFONO DE DIA: _____-_____-_____	NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN:		ESCUELA / GRADO / MAESTRA _____/_____/_____	

**PARA NIÑOS MENOR DE 9 AÑOS:**  
 ¿Su niño ha recibido dos o mas dosis total de Vacuna de la Gripe Estacional desde Julio, 2018?  
 Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ No se \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*FAVOR DE CIRCULAR SI O NO A TODAS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS\*\*\*\*\*

“Yo he leído o me han explicado la información de las declaraciones de las vacunas (VIS) para influenza. Yo he tenido una oportunidad de preguntar preguntas. Yo entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas. Yo autorizo que la vacuna de la gripe sea dada a la persona nombrada arriba (incluye segundo dosis si es necesitada).  
 “Me han dado y me han ofrecido una copia del formulario de Notificación de la Póliza de Privacidad (HIPAA).”

X \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
 (Firma de persona recibiendo o dando consentimiento para la Vacunación)

*****FAVOR CHEQUE SI O NO PARA CADA PREGUNTA*****	SI	NO
1. ¿Su niño es alérgico a huevos o a productos con huevos?		
2. ¿Su niño tiene alergia a Gentamicina, Neoimicina o gelatina		
3. ¿Su niño ha tenido una SERIA REACCION en el pasado después de recibir una vacuna ¿ Describa la reacción: _____		
4. ¿Su niño alguna vez ha tenido Guillan-Barre Síndrome (un tipo de debilidad temporera de Los músculos o parálisis) entre seis semanas después de recibir vacuna en el pasado?		
5. ¿En las últimas cuatro (4) semanas su niño ha recibido una vacuna? Nombre de vacuna: _____ Fecha dada: _____		
6. ¿Su niño tiene Diabetes o otra desorden metabólica, o enfermedad de los plumones, corazón, riñones, Hígado, sangre o sistema nervioso?		
7. ¿Su niño en los pasados doce meses ha tenido ASMA O RESPIRANDO CON DIFICULTA?		
8. ¿Su niño toma aspirina o medicamentos que contiene aspirina todos los días?		
9. ¿Su niño tiene un SISTEMA IMUNE DEBIL (de cáncer, HIV, o de medicinas que contiene esteriodes para Tratar el cáncer)?		
10. ¿Su hijo tiene un acercamiento cerca con una persona que un sistema débil Y que requiere aislamiento o un ambiente protector?		
11. ¿Su niño a tomado medicamento esteroides en dentro de estas 4 semanas?		
12. Una lista de todas las alergias de su niño: _____		

SI USTED CONTESTO SI A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS, LA ENFERMERA DE LA ESCUELA DE SU NIÑO SE COMUNICARA CON USTED PARA DESCUTIR SUS CONTESTACIONES.

**¿QUIEN ES EL DOCTOR DE SU NIÑO? :**

<b>Vaccine given:</b>	<b>INFLUENZA</b>
<b>Date of VIS:</b>	<b>08/07/2015</b>
<b>Route of Administration: (Circle one)</b>	<b>IM: LA RA LL RL      OTHER: _____</b>
<b>Vaccine Manufacturer: (Circle one)</b>	<b>Sanofi Pasteur      Novartis      GSK      Seqirus</b>
***** <b>FIRST DOSE</b> *****	
<b>Vaccine Lot #/Expiration date:</b>	<b>Place label here.</b>
	<b>First Dose</b>
<b>Today's Date:</b>	<b>First dose administered by:</b>
***** <b>SECOND DOSE</b> *****	
<b>Vaccine Lot#/ Expiration date:</b>	<b>Place label here.</b>
	<b>Second Dose (if applicable)</b>
<b>Today's Date:</b>	<b>Second dose administered by:</b>