

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 ____/____/____	
<p>PARA NIÑOS MENOR DE 9 AÑOS: ¿Su niño ha recibido <u>dos o mas</u> dosis total de Vacuna de la Gripe Estacional desde Julio, 2018? Si _____ NO _____ No se _____</p>					

*****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 pulmones, 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 esterioide 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? :

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