



2025-26 Formulario de Consentimiento para  
Vacunación contra la Influenza en las Escuelas

VHN Number: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

**Si no desea que su hijo reciba la vacuna contra la gripe, no complete ni devuelva el formulario.**

**Sección 1: Información acerca del Estudiante que Recibirá la Vacuna contra la Influenza (por favor escriba en letra de molde)**

NOMBRE DEL (la) ESTUDIANTE		(Inicial del segundo nombre)	APELLIDO		APODO (nombre estudiante pasa en la escuela)	
FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)		EDAD	SEXO: (Encierre en un Círculo) Masculino / Femenino		MAESTRO	GRADO
ETNICIDAD Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No		RAZA (Encierre en círculo) Afroamericano Blanco Hispano o Latino Indígena Norteamericano Asiático Nativo de Alaska Hawaiano Otro Isleño del Pacífico Otro			NOMBRE DEL PADRE (la madre) / TUTOR LEGAL	
DIRECCION DE CASA:					NUMERO TELEFÓNICO DE LOS PADRES/ TUTOR	
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL		Proporcionar la información de seguro del proveedor seleccionado y anexar a este formulario una copia de la tarjeta del seguro	
INFORMACIÓN DE SEGURO: Tiene algún seguro que cubra vacunas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Por favor marcar el proveedor de seguro a continuación:						
<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> Medicaid/PeachCare/Amerigroup/Peachstate/CareSource	<input type="checkbox"/> No tengo seguro				
<input type="checkbox"/> Ambetter	<input type="checkbox"/> United Healthcare	<input type="checkbox"/> Otro _____				
<input type="checkbox"/> Anthem BCBS	<input type="checkbox"/> UMR					
<input type="checkbox"/> Cigna	<input type="checkbox"/> TRICARE Standard ONLY					
	<input type="checkbox"/> CareSource Marketplace					
					Nombre Titular de la Póliza: _____	
					# ID Miembro: _____	
					# Grupo _____	

**Sección 2: Información Médica:** *Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si este estudiante puede recibir la vacuna contra la influenza. Por favor encierre en un círculo Sí o No para cada pregunta.*

1. ¿El/la estudiante ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro semanas? Si la respuesta es Sí, por favor indique cuáles:	Sí	No
2. ¿Cuándo fue la última vez que el/la estudiante recibió la vacuna para la influenza?	FECHA: _____	
3. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a los huevos?	Sí	No
4. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la influenza?	Sí	No
5. ¿El/la estudiante usa un inhalador o recibe tratamiento respiratorio para el asma o sibilancia?	Sí	No
6. ¿El/la estudiante está en terapia con aspirina o terapia que contenga aspirina a largo plazo? (Por ejemplo: el estudiante toma aspirina todos los días)	Sí	No
7. ¿El/la estudiante tiene alguna condición de salud significativa o crónica (largo plazo)? (Por ejemplo: diabetes, enfermedad de células falciformes, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, trastornos convulsivos, parálisis cerebral, trastornos musculares o nerviosos)	Sí	No
8. ¿El/la estudiante tiene un sistema inmunológico débil? (por ejemplo, debido a VIH, cancer, o medicinas tales como esteroides o aquellas usadas para tratar el cáncer)?	Sí	No
9. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	Sí	No
10. ¿La estudiante está o podría estar embarazada?	Sí	No
11. ¿La persona que se va a vacunar está recibiendo medicamentos antivirales contra la influenza?	Sí	No

**Sección 3: Consentimiento a vacunar:** *Si este formulario de consentimiento no está diligenciado completamente, firmado, con la fecha y devuelto, el(la) estudiante no será vacunado(a) en la escuela.*

**CONSENTIMIENTO PARA QUE EL(LA) ESTUDIANTE RECIBA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA**

*Al firmar abajo, reconozco que la información médica y del alumno proporcionada arriba es correcta. Me han dado una copia de la Declaración de Información sobre Vacunas para las vacunas contra la gripe o un código QR para consultar el documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la gripe que se le dará al alumno al cual estoy autorizado a representar. Entiendo que participar y recibir la vacuna contra la gripe a través de este programa es completamente voluntario. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela y al departamento de salud correspondiente por lo menos tres días hábiles antes de la fecha programada para la clínica escolar de vacunación contra la influenza, si mi hijo ya fué vacunado contra la influenza con otro proveedor de salud este año.*

**Al firmar abajo, yo doy permiso para que el alumno antes mencionado reciba la vacuna contra la gripe.**

**Firma del Padre/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

FOR CLINIC USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE LA CLÍNICA)	
<b>Inactivated Influenza Vaccine 2025-26</b> Administration Route: <input type="checkbox"/> IM / LEFT Deltoid <input type="checkbox"/> IM / RIGHT Deltoid  VHN Code: _____ Lot # _____ Exp Date: _____ Vaccine Administration Date: _____	<b>Intranasal Influenza Vaccine 2025-26</b> Administration Route: <input type="checkbox"/> Intranasal  VHN Code: _____ Lot # _____ Exp Date: _____ Vaccine Administration Date: _____
<p><b>Español</b> Vacuna contra la influenza (gripe) la Declaración de Información de Vacuna</p>	
Entry Clerk Initial: _____ Date: _____ Nurse Signature: _____ Date: _____	

PUBLIC      \$PRIVATE\$