Georgia Department of Public Health
Coastal Health District

Formulario de Consentimiento para la Vacuna contra la Gripe para Bebés/Niños/Adolescentes

VHN Code:

Escanee para obtener la hoja informativa sobre la vacuna contra la gripe -->

Escanee para obtener la hoja informativa sobre la vacuna intranasal contra la gripe.-->

Sección 1: Información Sobre la Persona Que Recibirá la Vacuna (por favor, escriba con letra imprenta)

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	EDAD	GÉNERO (*Por favor, encierre con un círculo*) Masculino Femenino	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

ETNICIDAD *(Por favor, marque)*
Hispano/Latino ☐ **Sí** ☐ **No**

RAZA *(Por favor, marque)*
☐ Afroamericano/Negro ☐ Blanco ☐ Hispano o Latinoamericano ☐ Nativo Americano
☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Hindú ☐ Hawaiano ☐ Otras islas del Pacífico ☐ Otro

DIRECCIÓN DONDE VIVE **NÚMERO DE TELEFONO**

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN DE LA ASEGURANZA (Seguro de Salud)
☐ **Sin Aseguranza** ☐ **Con Aseguranza**

Por favor, adjunte una copia de la tarjeta de su aseguranza a este formulario.

Nombre del Titular de la Póliza/Nombre que aparece en Tarjeta de la Aseguranza: _____

Miembro # _____ **Grupo #** _____

Sección 2: Información Médica – Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si su niño (su niña) puede recibir la vacuna.

Por favor, encierre con un círculo Sí, No, o No sé (NS) para cada pregunta

1. ¿Está el niño (la niña) enfermo(a) hoy?	**Sí**	**No**	**NS**
2. ¿Tiene el niño (la niña) alergias a algún medicamento, alimento, componente de una vacuna o al látex?	**Sí**	**No**	**NS**
3. ¿Ha tenido el niño (la niña) alguna vez, una reacción alérgica grave después de haber recibido una vacuna?	**Sí**	**No**	**NS**
4. ¿Tiene el niño (la niña) algún problema de salud crónico, relacionado con enfermedades del corazón, pulmonares (incluido el asma), renales, hepáticas, del sistema nervioso o metabólicas (por ejemplo, diabetes), algún trastorno sanguíneo, ausencia del bazo, un implante coclear o una pérdida de líquido cefalorraquídeo? ¿Toma regularmente aspirina o medicamentos con salicilatos?	**Sí**	**No**	**NS**
5. Para niños de 2 a 4 años: ¿Le ha dicho algún profesional de la salud, que el niño (la niña) tenía sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	**Sí**	**No**	**NS**
6. Para bebés: ¿Le han dicho alguna vez que el niño (la niña) tenía invaginación intestinal?	**Sí**	**No**	**NS**
7. ¿Han tenido convulsiones el niño (la niña), alguno de sus padres, hermanos o hermanas? ¿Ha tenido el niño (la niña), algún problema cerebral o del sistema nervioso?	**Sí**	**No**	**NS**
8. ¿Le han diagnosticado al niño (la niña) alguna vez una afección del corazón (miocarditis o pericarditis) o ha tenido Síndrome Inflamatorio Multisistémico (MIS-A o MIS-C) después de una infección por el virus que causa el COVID-19?	**Sí**	**No**	**NS**
9. ¿Tiene el niño (la niña) algún problema del sistema inmunitario como cáncer, leucemia, VIH/SIDA?	**Sí**	**No**	**NS**
10. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado el niño (la niña) medicamentos que afecten al sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido tratamientos de radiación?	**Sí**	**No**	**NS**
11. ¿Tiene el padre, la madre o un hermano o hermana del niño(a) algún problema del sistema inmunitario?	**Sí**	**No**	**NS**
12. En el último año, ¿ha recibido el niño (la niña) inmunoglobulina (gamma) o gamma globulina, sangre/productos sanguíneos o un medicamento antiviral?	**Sí**	**No**	**NS**
13. ¿Está la niña/adolescente embarazada?	**Sí**	**No**	**NS**
14. ¿Ha recibido el niño (la niña) vacunas en las últimas 4 semanas?	**Sí**	**No**	**NS**
15. ¿Se ha mareado o desmayado el niño (la niña) antes, durante o después de recibir una inyección?	**Sí**	**No**	**NS**

Sección 3: Consentimiento para vacunar:

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA

Al firmar a continuación, reconozco que la información médica que he proporcionado anteriormente es correcta. He recibido una copia de la Declaración de Información sobre la Vacuna y/o se me ha facilitado una versión escaneada para su consulta. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, que han sido contestadas a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna.

Firma del Padre/Madre o Adulto Legalmente Responsable: _____ **Fecha:** _____

FOR CLINIC USE ONLY – ESTE ESPACIO ES ÚNICAMENTE PARA USO CLÍNICO

Record of Immunization

VACCINE	MFR.	LOT #	EXP.	DOSAGE	ROUTE	SITE	VIS	NURSE

Nurse Signature: _____ **Date:** _____ **Entry Clerk Initial:** _____ **Date:** _____

Date of Vaccination: _____

PUBLIC $PRIVATE$