

Departamento de Salud del Condado de Anne Arundel
Proyecto de Vacunación Contra la Influenza FluMist® en las Escuelas Primarias
Formulario para el Consentimiento o Permiso

Nombre del Maestro: _____

Apellido del Niño(a): _____ Nombre del Niño(a): _____

Dirección del Niño(a): _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Escuela del Niño(a): _____ Grado: _____

Seguro Médico: Por favor marque alguno. (Para información solamente; no se le cobrará a su seguro médico.)

Mi niño(a) está cubierto(a) por: Seguro Médico Privado Asistencia Médica No Seguro Médico

Historial Médico: Por favor responda todas las preguntas a continuación. Marque Sí o No.

Es posible que usted necesite contactar a su médico familiar para discutir el historial médico de su niño(a).

1. ¿Tiene su niño(a) algún problema de salud como enfermedades del corazón, enfermedades del pulmón (como asma o fibrosis quística), del riñón, cáncer, diabetes o enfermedad del metabolismo o desordenes de la sangre (como anemia o anemia de célula falciforme)?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
2. ¿Tiene su niño(a) el sistema inmunológico debilitado?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
3. ¿Es su niño(a) severamente alérgico a los huevos o productos que contienen huevos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
4. ¿Está su niño(a) en tratamiento de aspirina por largo plazo?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
5. ¿Tiene su niño(a) historial del síndrome de Guillain-Barré?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
6. ¿Ha tenido su niño(a) una reacción alérgica a vacunas anteriores contra la influenza (“flu”)?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
7. ¿Tiene su niño(a) desorden muscular o nervioso (como convulsiones o parálisis cerebral) que pueda causarle problemas para tragar o respirar?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Si usted respondió **SÍ** a **ALGUNA** de estas preguntas, su niño(a) **no es elegible** para recibir la vacuna intranasal contra la influenza. Si usted respondió **NO** a **TODAS** las preguntas y le gustaría que su niño(a) sea vacunado en la escuela, por favor firme este formulario y devuélvalo al maestro de su niño(a) **antes del Miércoles 8 de Octubre, 2014.**

Para niños menores de 9 años

¿Su niño(a) a recibido’ dos o más en total de dosis de la vacuna contra la influenza (flu) desde Julio del 2010?

Sí _____ No _____ No sé _____

Declaración del Permiso:

“Yo he recibido y leído la Declaración de Información de la Vacuna intranasal contra la influenza. Yo entiendo que esta vacuna está aprobada para niños saludables, y he revisado las razones por las que algunos niños no deben vacunarse con la vacuna intranasal. Ninguna de las razones aplican a mi niño(a). Yo estoy de acuerdo en vacunar a mi niño(a) con la vacuna intranasal contra la influenza, y que reciba la segunda dosis, si es necesaria.”

Nombre del Padre ó Madre/Encargado Legal: _____

Firma del Padre ó Madre/Encargado Legal: _____ Fecha: _____

Solo Para Uso de la Clínica de Salud (Health Clinic Use Only)

Date of VIS 8/19/2014	Manufacturer MedImmune	Lot #	Date Given	Site Intranasal
Signature & Title of Vaccine Administrator			Clinic Site:	
Date of VIS 8/19/2014	Manufacturer MedImmune	Lot #	Date Given	Site Intranasal
Signature & Title of Vaccine Administrator			Clinic Site:	