



2018-2019 Formulario de Consentimiento para FluMist

Este Formulario Debe Ser Devuelto antes del 5 de Octubre, 2018

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN ABAJO (Formularios ilegibles o incompletos no serán aceptados)

Nombre Legal del Estudiante (Primer Nombre, Inicial 2o, Apellido)		Escuela	
Nombre del Padre o Guardián Legal (Primer Nombre, Inicial 2º, Apellido)	Parentesco al Estudiante	Maestro(a)	Grado
Domicilio / Apartado Postal	Correo Electrónico	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Edad Sexo
Ciudad	Código Postal	Teléfono de Casa	Teléfono Celular
Raza: (Indique Uno) Blanco		Indio Americano/Nativo de Alaska	Negro Asiático Hispano Otro

SEGURO MEDICO MEDICAID (Prestige, UHC Community, StayWell/Wellcare, & Sunshine) MI HIJO NO TIENE SEGURO MEDICO

La legislación vigente sobre el cuidado de la salud nos obliga a facturar la vacuna a su compañía de Seguro Médico. No se le facturará a Ud., y no habrá ningún copago. ¡El servicio se ofrece sin costo alguno para usted! Como siempre, las respuestas son confidenciales. Por favor complete las siguientes preguntas con respecto al plan de seguro médico de su hijo:

Compañía de Seguro Médico:	Número de Póliza:
Nombre del Asegurado(a):	Fecha de Nacimiento del Poseedor de la Póliza:

PREGUNTAS DE SALUD: INDIQUE SI O NO PARA CADA PREGUNTA

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Alguno de lo siguiente le aplica a su niño(a)? <i>(Si responde Sí a una de las preguntas, su niño(a) NO podrá recibir FluMist sin recomendación de su doctor)</i> <ul style="list-style-type: none"> Alergia a gelatina, huevo de pollos ó productos de huevos Ha tenido una reacción seria a FluMist en el pasado Recibe terapia con aspirina o terapia conteniendo aspirina Tiene asma activa en este momento y recibe medicamentos diario para el asma Ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Su niño(a) estará en contacto con una persona con un sistema inmune severamente debilitado? <i>(p. ej. Que requiera cuidado en un ambiente estéril protegido como en los trasplantes de médula ósea)</i> <ul style="list-style-type: none"> Está embarazada o está amamantando Tiene el VIH/SIDA, cáncer, o ha recibido un trasplante de órganos Tiene problemas de salud a largo plazo con el sistema inmunológico debilitado, enfermedad cardíaca, enfermedad de los pulmones (p. ej., fibrosis quística), enfermedad hepática, enfermedad renal o trastornos metabólicos (por ejemplo, diabetes) o trastornos sanguíneos (p. ej., anemia o síndromes mielodisplásicos) Tiene otros problemas graves de salud
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Entre Agosto y Diciembre de 2018 su hijo recibió/recibirá una de las siguientes vacunas: MMR, MMRV, y/o Varicela (VZV)?

SI USTED TIENE CUALQUIER PREGUNTA DE SALUD, POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON EL PEDIATRA DE SU HIJO O LLAME AL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE ALACHUA PARA HABLAR CON UNA ENFERMERA AL NUMERO 352-334-7950.

He recibido, leído y entendido el Comunicado de Información CDC sobre la vacuna atenuada intranasal contra la gripe (FluMist) y el Aviso de Prácticas de Privacidad. He leído estos documentos y comprendo los riesgos y los beneficios de la vacuna FluMist. Doy permiso al Estado de Florida, el Departamento de Salud, administrarle a mi hijo la primera y la segunda dosis (en caso de ser necesario) de la vacuna en mi ausencia, comunicarse con otros proveedores de servicios de salud, si fuera necesario, y la entrada de datos, facturación y al sistema de almacenamiento según la política del Departamento de Salud de la Florida, para garantizar una óptima asistencia sanitaria para mi niño.

Sí, ¡Yo quiero ayudar a proteger a mi niño, familia y comunidad contra la gripe permitiendo que mi niño reciba FluMist!

NO, Yo no quiero que mi hijo reciba la vacuna contra la gripe FluMist en la escuela porque _____
(Opcional)

Nombre en Imprenta del Padre/Guardian

Firma del Padre/Guardian

Fecha

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY FOR ADMINISTRATION

1st dose MedImmune (MED) FluMist, Intranasal (NAS), 0.2ml VIS: 08/07/2015	1 st Vaccine Lot # & Expiration Date Label	2nd dose MedImmune (MED) FluMist, Intranasal (NAS), 0.2ml VIS: 08/07/2015	2 nd Vaccine Lot # & Expiration Date Label
Date Given: _____		Date Given: _____	
Signature/Title _____		Signature/Title _____	

Notes:

Please return to the school, FAX to (352) 334-7947, or EMAIL to; SLIV@flhealth.gov
(Please note that e-mailing may not be a secure method of communication)