



**2024-2025 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA**  
**ESTE FORMULARIO DEBE SER DEVUELTO**

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN (Es posible que no se acepten formularios ilegibles e incompletos).

Nombre completo y legal del estudiante (Primer Nombre, Inicial, Apellidos) <b>POR FAVOR IMPRIMA</b>		Nombre de la Escuela	
Representante legal del menor (Primer Nombre, Inicial, Apellidos)	Relación al estudiante	Maestro/a de Homeroom	Grado
Dirección de casa:	Correo electrónico	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)	Edad      Sexo
Ciudad:	Código Postal	Número de teléfono	Móvil

Raza: (Seleccione uno)    Blanco    Indio Americano/Nativo de Alaska    Negro    Asiático    Hispano    Otro

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

Las leyes de atención médica actuales requieren que le facturamos a su compañía de seguros por la vacuna. No se le facturará y no habrá copago ni deducible. El servicio se ofrece sin costo alguno para usted. Como siempre, las respuestas son confidenciales. Complete las siguientes preguntas sobre el plan de seguro de salud de su hijo/a:

Compañía de Seguro/Plan de Medicaid	Número de Identificación de Miembro:
Nombre del Titular de la Póliza:	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:

**PREGUNTAS DE SALUD: MARQUE SI O NO PARA CADA PREGUNTA**

<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<p>1. ¿Se aplica algo de lo siguiente a su hijo/a? <i>(Si usted contesta Si, su hijo/a no puede recibir la vacuna nasal FluMist® a menos que lo apruebe el médico de su hijo/a).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alergia a la gelatina, los huevos de gallina o los productos derivados del huevo.</li> <li>• Tuvo una reacción potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe en el pasado</li> <li>• Actualmente recibe aspirina o terapia que contiene aspirina.</li> <li>• Actualmente tiene asma activa (toma regularmente medicamentos para el asma).</li> <li>• Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (muy raro).</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está embarazada o amamantando/dando pecho.</li> <li>• Tiene VIH/SIDA o cáncer o ha recibido un trasplante de órgano.</li> <li>• Tiene problemas de salud a largo plazo con un sistema inmunológico debilitado, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar (por ejemplo, fibrosis quística), enfermedad hepática, enfermedad renal o trastornos metabólicos (por ejemplo, diabetes) o trastornos sanguíneos (por ejemplo, anemia falciforme o talasemia)</li> <li>• Tiene otras condiciones de salud crónicas graves</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>2. ¿Su hijo/a tendrá contacto cercano con una persona con un sistema inmunológico severamente debilitado?  <i>(Por ejemplo, un entorno hospitalario protector y estéril para el trasplante de médula ósea)</i></p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>3. Entre julio de 2024 a diciembre de 2024, ¿ha recibido o recibirá su hijo/a una de las siguientes vacunas: MMR, MMRV y / o vacuna contra la varicela (VZV)?</p>
<p><b>SI TIENE ALGUNA PREGUNTA DE SALUD, POR FAVOR CONTACTE AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DE SU HIJO/A O LLAME AL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE ALACHUA PARA HABLAR CON UNA ENFERMERA AL 352-334-7950.</b></p>		

Recibí, leí y entiendo la Declaración de información sobre la vacuna de los CDC para la vacuna intranasal contra la influenza viva atenuada (FluMist®) y el Aviso de prácticas de privacidad. He leído estos documentos y comprendo los riesgos y beneficios de la vacuna FluMist®. Doy permiso al Departamento de Salud de Florida para administrar la vacuna a mi hijo/a en mi ausencia, para comunicarse con otros proveedores de atención médica, según sea necesario, y para el ingreso de datos, facturación y almacenamiento de acuerdo con las políticas del Departamento de Salud de Florida, para garantizar una atención médica óptima. para mi hijo/a.

**SÍ, ¡quiero ayudar a proteger a mi hijo/a, a mi familia y a la comunidad de la influenza al permitir que mi hijo/a reciba FluMist®!**

NO, no quiero que mi hijo/a reciba la vacuna nasal FluMist® en la escuela, porque \_\_\_\_\_  
(Opcional)

Nombre impreso del representante legal del menor

Firma del representante legal del menor

Fecha

**AREA FOR OFFICIAL USE ONLY FOR ADMINISTRATION**

<p>MedImmune (MED)  <b>FluMist, Intranasal (NAS), 0.2ml</b>  <b>VIS: 08/06/2021</b></p>	<p>Vaccine Lot # &amp;          Expiration Date Label</p>	<p>Nurse/clinician notes:</p>
<p>Date Given: _____</p>		<p>Signature/Title _____</p>

Notes:

**Regrese este documento a la escuela o envíe un fax al (352) 334-7947 o un correo electrónico a; SLIV@flhealth.gov**  
**(Tenga en cuenta que el correo electrónico no es un método seguro de comunicación)**