

Queen Anne's County Department of Health

Vacuna contra la influenza anual consentimiento – Spray nasal

Sección 1: Información sobre el niño que recibe la vacuna (Por favor en letra molde)

Nombre de estudiante (Apellido)	(Nombre)	(Inicial)	Fecha-De-Nacimiento Mes _____ Día _____ Año _____		
Padre o Guardián (Apellido)	(Nombre)	(Inicial)	Edad	Sexo M / F	Raza
Dirección			Padre o Guardián teléfono:		
Ciudad	Candado	Código			
Nombre de escuela	Maestro			GRADO	

Sección 2: revisión para recibir la vacuna

¿ ha vacunado a su hijo con la vacuna contra influenza o FluMist después Julio de 1, 2010? Sí _____ No _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si su hijo puede recibir la vacuna contra la influenza intranasal.

Por favor marque Sí o No para cada pregunta.	Sí	No
1. ¿Su hijo tiene una alergia grave a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo tiene alguna alergia graves? Por favor indique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo ha tenido alguna vez el síndrome de Gullain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal grave) dentro de las 6 semanas después de recibir una vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Su hijo ha recibido alguna vacuna (contra SPR o varicela) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha dado: Mes _____ Día _____ Año _____		
6. ¿Su hijo tiene cualquiera de los siguientes: asma, diabetes (O otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedad de los pulmones, los riñones del corazón, hígado, nervios o sangre?		
7. ¿Es su hijo aspirina a largo plazo o con medicamentos que contienen aspirina (por ejemplo, su hijo toma aspirina diariamente)?		
8. ¿Su hijo tiene un sistema inmunitario débil (por ejemplo, por VIH, cáncer o medicamentos como esteroides o los que se usan para tratar el cáncer)?		
9. ¿Es su hija embarazada?		
10. ¿Su hijo está en contacto cercano con una persona que requiere cuidados en un ambiente protegido (por ejemplo, alguien que ha tenido recientemente un trasplante de médula ósea)?		

Sección 3: Consentimiento

Consentimiento para la vacunación del niño:

He leído o se me ha explicado la información sobre vacunación para la vacuna contra la influenza estacional y comprender los riesgos y beneficios.

Doy mi consentimiento para el Departamento de Salud y al personal del Condado de Queen Anne para mi niño nombrado en la parte superior de este formulario para ser vacunados con esta vacuna y que recibo la póliza de privacidad (**Si esta forma de consentimiento no es firmado, entonces su hijo no será vacunado**).

Firma del Padre / Legal

Guardian _____ Fecha: Mes _____ Día _____ Año _____

Section 5: Vaccination Record

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Route	Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
Influenza (LAIV)	Intranasal	/ /	Med Immune		
Influenza (LAIV) 2 nd dose	Intranasal	/ /	Med Immune		