



Formulario de consentimiento para la vacuna contra la gripe estacional

Participación en programa de vacunación para estudiantes

<input type="radio"/> Si, Quiero vacuna contra la gripa			<input type="radio"/> NO, No quiero vacuna contra la gripa		
Nombre Completo y Legal del Estudiante <i>(Primer Nombre, Inicial del Segundo, Apellido)</i>				Nombre de Escuela	
Nombre del Padre/Guardian <i>(Primer Nombre, Inicial del Segundo, Apellido)</i>				Ubicación	
Correo Electronico				Relacion al Estudiante	
Maeistro	Grado	Fecha de Nacimiento <i>(mes/dia/año)</i>		Edad	Genero
Direccion		Ciudad	Codigo Postal	Telefono	Celular

ASEGUARNZA

Asegurnza Privado
 CHIP/STAR/Medicaid
 Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asegurana no cubre
 Mi hijo(a) no tiene asegurazz (Habrá un cobro de \$10/vacuna)

Nombre de Aseguranza: _____ Numero de Identificacion de Miembro: _____

Nombre del Titular de la Poliza: _____ Fecha de Nacimiento del titular: _____

Las leyes actuales de atención médica nos exigen que le facturemos a su compañía de seguros por la vacuna. No habrá gastos de bolsillo para los asegurados.

PREGUNTAS: ESCOGE SI O NO PARA CADA PREGUNTA

1) ¿Su hijo(a) tiene más de cuatro años?

2) ¿Alguno de los siguientes se aplica a su hijo? (Si responde que si, su hijo no puede recibir la vacuna contra la gripe en la escuela. (Comuníquese con el medico de su hijo(a))

- ¿Alergia a huevos de gallino o productos de huevo?
- ¿Reacciones que amenazan la vida a la vacuna contra la gripe en el paso?
- ¿Alergia al látex?
- ¿Síndrome Hashas Guillain-Barre (muy raro)

3) ¿Alguno de los siguientes se aplica a su hijo(a)?

- ¿Tiene problemas de salud a largo plazo con un Sistema immune debilitado, enfermedad cardiac, enfermedad pulmonar, hepatica, renal o trastornos metabolicos o trastornos sanguineos?

Si usted tiene preguntas sobre salud, favor de contactar a su pediatra o hable a Aurora Concepts al 936-598-3296 para hablar con una enfermera.

Reconozco que Aurora Concepts me brindo la oportunidad de leer el aviso de practicas de privacidad y la declaracion de informacion sobre vacunas CDC para la vacuna contra la influenza inactivada (IIV) en su sitio web: www.auroraconcepts.net en la pestana Recursos para el paciente.

Doy mi permiso a Aurora Concepts y sus administradores para darle a mi hijo la vacuna en mi ausencia, para comunicarme con los proveedores de atención medica, segun sea necesario, y para la entrada de datos, facturación y almacenamiento de acuerdo con las políticas del Departamento de Salud de Texas, para asegurar una atención medica optime para mi hijo. Por la presente, publico Aurora Concepts y distrito escolar de mi hijo de cualquier responsabilidad relacionada con la administracion y los posibles efectos secundarios de la vacuna.

 Nombre del Padre/Guardian Firma del Padre/Guardian Fecha

AREA PARA USO OFICIAL SOLO PARA LA ADMINISTRACION

VIA CDC IIV		IIV 0.5 ML IM Injection (Flulaval)	
LOT NUMBER		EXP DATE	
VACCINE MANUFACTURER		TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR	
SIGNATURE		DATE	(RDIM) or (LO IM)