

## FORMA DE CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

POR FAVOR COMPLETA TODA LA INFORMACION A CONTINUACION – IMPRIMA CON TINTA (NO SE ACEPTARAN FORMULARIOS INCOMPLETOS)

NOMBRE de Estudiante:				Segundo Nombre				APELLIDO de Estudiante:				SUFIJO (Jr., III, etc)							
Género: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña		Nacimiento: (mes, día, año)		M	M	D	D	Y	Y	Y	Y	Edad		Grado		Profesor del salón			
Dirección								Teléfono #				Apellido de Soltera de la Madre							
Ciudad				Estado				Código postal				Carrera Estudiantil: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Alaskan/ Nativo-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro							
Dirección de correo electrónico:								Origen Etnico: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispanos											

Las leyes vigentes en materia de atención médica nos obligan a facturar la vacuna a su compañía de seguros. El servicio se ofrece sin costo para usted. Las respuestas son siempre confidenciales.

Por favor complete las siguientes preguntas relacionadas con su seguro médico

<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Mi hijo NO tiene seguro médico <input type="checkbox"/>				Mi hijo tiene seguro médico comercial. Proporcione el nombre de la compañía de seguros. Nombre del seguro médico:							
Titular de la póliza Nombre:				Titular de la póliza Apellido:											
ID de Miembro:				Fecha de nacimiento del titular de la póliza: (mes, día, año)				M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

MARQUE SI O NO PARA CADA PREGUNTA

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe en el pasado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Alguna vez su hijo ha tenido el síndrome de Guillain-Barre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Su hijo es alérgico a los huevos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Su hijo tiene un trastorno de la sangre como hemofilia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Será esta la primera vez que su hijo recibe una vacuna contra la influenza?



He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de Información de Vacunas. Soy consciente de que puedo localizar la Declaración de Información sobre Vacunas más reciente y otra información en [www.immunize.org](http://www.immunize.org) o [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entender los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna se dé a la persona mencionada anteriormente de quien soy el padre o tutor legal y que tenga autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han hecho garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero el sistema escolar, MaxVax LLC., y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que voy a hacer que la escuela sea consciente de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso a MaxVax, LLC. para resolver y apelar con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de la clínica se pueden obtener de la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación de seguros y su privacidad estará protegida. Solicito y consiento voluntariamente que se le dé la vacuna y se registre en Florida SHOTS para la persona mencionada anteriormente. Soy el padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre.

Nombre impreso del padre/tutor

Firma del Padre/Tutor

Relación con el niño

Fecha

VIS CDC IIV 08/06/2021

LOT Number:

RN #

FLUCELVAX

EXP Date:

Date:

AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY

Health Hero

320 1st St N #103

Jacksonville Beach, FL 32250

help@beahealthhero.com

www.beahealthhero.com

HEALTH HERO

Build Immunity in Your Community