

Fecha(s) de la clinica : Fecha de vencimiento :
Hacerte un héroe de la salud infantile
Preguntas por favor llaman o escríbanos a lacy@teachflualesson.info, visite nuestra página de
preguntas frecuentes en www.HealthHeroUSA.com o el CDC en www.cdc.gov/flu para la declaración
de información de vacuna más actualizado. Dependientes y PEEHIP los miembros están obligados a
participar en la clínica de bienestar alimentos para algún tipo de vacuna en el sitio.

	ву 🏌	V	RKS	, T																		_		
Para la salud <u>untaria</u> , su p niño requier Cualquier du	roveed e admi	ior de nistrac	atencio ción me	on medic ediante u	ica local o un métodi	pediatri lo tradic	ra. Rec cional	comeno I de tiro,	damos o, por f	s vac favor	:unar us: r llámen:	ando os al	o un I (20:	dolor-lil 3-609 (5)	bre Flu 0268 pa	Mist	B Ous	drivalent	t waccie	a Cila	condi	cián n	nádia.	<u>a vol-</u> de su
Información	del Est	udiant	te: Forn	nularios	incompl	etos o il	ilegibl	les- esti	udian	ite no	será va)CUN	ado.	Cuidad	osame	nte la	impr	esión en	tinta -	una car	ta/nu	merar	per bo	ЭX
Primer nombre del estudiante				\Box			T		Se	j Inicial del Segundo nombre			ellido c tudiant				T	T	$\overline{}$	\top	\top		1	
Fecha de naci- miento del estudiante	ento del					> (Τ					toad			Gene			 	Grado	1			
Escuela	\Box				•									estro d meroor		_		 _			Ц			
La Raza: Porfavor marcar	Afi	icano Ar	mericano		an / Native merican	, A	Asiático	o F	Hawalia Isla	ian / P ilandei		Н	lispan	Т		anco	_	Múltip	ole	c	Otro		Declin	nar
- 14																							_	
Información Nombre del	del Pa	idre o	Tutor	Autori	izar: Form	nularios i	incom	pletos o) llegib	jes- e	estudianto	e no	será	vacunade	o. Cuida	dosan	nente	la impresió	in en tin	1	_	numera	or per bo	ox
padre/tutor							<u></u>			\perp	\perp	igspace							\perp	Porfavi marca	1 P2	adre	Tu	rtor
Dirección de corréo											Ciudad	L							Codigo postal					
Teléfono de emergencia								liatra de nte & Te				_	_											
dirección fer electrónico (p			- 1																			-		
clinica	a solamer	ıte)								—														
Informac Esta clínica e	i <mark>ón F</mark> es volu	<mark>lequ</mark> Intaria	Jerido a. No h	o de :	Segura	inza:	IMP de lo	ORTA	NTE	por	favor	lea	Cui	dados	amen	<u>ite.</u>	te e=:	- amiles	ر باد میں	1	£s.		·	
proveedores	s de se	guros	s de sal	lud que	e pagan p	por esta	ta vac	cuna.Si	i no s	se pro	oporcio	ona	info	rmació	n ade	cuad	a que	al estu	diante	no ser	rá vac	unad	lo.Si tie	ene
ilguna duda gresar a la e:	, siem _i scuela	pre re . Sólo	:comen :una d	ıdamo: e las si	s grapad iguiente:	o una c s cuatr	copia ro sec	i de la ccione	parte s de i	e del infor	íantera rmació:	y tr n de	asei	ra de si	u tarje -ho se	ta de	segi	ıro méd -	ico a e	ste pa	dre a	utorio	en y r	e-
200					seguro n													a. tudiante	est <u>á cv</u>	bierto	nor <u>M</u>	edicai	ď.	
2 Si el esti	dianta	cor		Lamente	- August	mules		نهرما	•	~												_	<u></u> 1	
					a porque la																		1	
	tuaian	te ue	ne seg	uro me	édico a ti	raves u	nu st	T		de N	∕ledica:	id	no a	Isegura	ados a	trav	és de ——	sus pad	res o t	utores	i, i.e.	FAMI	S, CHII	P, etc
Nombre de Medicaid Insurance Co.	_							Numero identificac médico c miembr	ación del				_											
Si el es	tudian	te tie	ne seg	uro mé	édico priv	ivado o	TRIC	CARE a	trave	és de	e un pa	dre	o tu	itor.										
Por favor escri	iba el						<u>-</u>				<u> </u>		$\overline{}$	Emplea	dor de	padr	e T							
seguros	DIIIV V.	<u> </u>	—							_				asegur	ados o	•			71-					
Nombre completo lulto asegur-														nac	cha de imiento a adultos							. (
Numero de lentificación médico del									_	_				Group #	#						<u> </u>			





en el reverso

1	Este niño ha sido diagnosticado con asma?	sí	NO
	If sí, fecha del último tratamiento:		
	Ha sido el inhalador usado una o más veces en el último mes?	SÍ	NO
2	Este niño ha tenido una reacción alérgica severa o vida amenazante a la vacuna contra la gripe?	sí	NO
3	Este niño tiene cualquiera de los siguientes:		
	Diabetes u otros trastornos metabólicos	sí	NO
	Trastornos o enfermedades del corazón	SÍ	NO
	Enfermedad del riñón o trastornos	sí	NO
	Trastornos o enfermedad de la sangre	SÍ	. NO
4	Es alérgico a los componentes de la vacuna este niño tales como: eggs, gentamicin sulfate, or MSG?	sí	NO
5	Es esta niña embarazada o lactante?	SÍ	NO
6	Este niño ha tenido síndrome de Guillain-Barré?	Sĺ	NO
7	Es este niño en tratamiento con aspirina a largo plazo?	SÍ	NO
_	Este niño viven o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunitario		
8	está seriamente comprometida y debe estar en un entorno de aislamiento protector?	SÍ	NO
9	A este niño tome medicamentos que reducen la resistencia del cuerpo a la infección?	SÍ	NO
10	Este niño ha recibido una vacuna MMR o la varicela en los últimos 30 días?	SÍ	NO

Los antecedentes serán revisados por profesionales médicos con licencia. Ciertas condiciones requerirá su niño sea la vacuna por su proveedor de atención médica regular. La seguridad del niño es nuestra principal preocupación.

Adicional Preguntas

Α	Esta es la primera vez que este niño será vacunado para la gripe?	sí	NO
В	Vacunaron por primera vez el año pasado a esta gripe infantil? If sí, how many doses?	SÍ	NO
	Este niño ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas?	SÍ	NO
	If sí, que vacuna(s)?		

N.

Nombre del estudiante: (por favor imprima)

Soy consciente de que el receptor de esta vacuna no está actualmente embarazado y no debe quedar embarazado dentro de cuatro semanas de recibir esta vacuna. A le leído la información sobre la vacuna y precauciones especiales en la hoja informativa de la vacuna. Soy consciente que puedo localizar la declaración de información de vacuna más actual y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con la vacuna y entender los riesgos y beneficios. Solicito y voluntariamente su consentimiento para que la vacuna a la persona mencionados de quien soy el padre o tutor legal y tener 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, HNH Immunizations, Inc. & subsidiaries, la clínica de salud de la familia de Union Springs, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de toda responsabilidad derivada de cualquier accidente o acto de omisión que se presenta durante la vacunación. Entiendo que esta autorización es válida por 6 meses y que hará que la escuela consciente de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Fechas de clínica pueden ser obtenidas en la escuela. Entiendo que la salud relacionados con la información en este formulario será utilizada para propósitos de facturación seguro y su privacidad será protegida.

Las vacunas no pueden darse sin firma del padre o tutor	Firm	na del Padre o tutor			Fecha
	For Admini	istrative Use Only	 -		
Clinic Loc:	Date of Clinic:		Cash	Check	

Vaccine Lot & Expiration Date:

RPh: RN:

VIS CDC LAIV 8/19/2014 0.2mL Intranasal

Vaccine: FluMist Quadrivalent Manufacturer: MedImmune

DB:
Filed:
PDF:
Other:

POR FAVOR, CONTESTE CADA PREGUNTA

POR FAVOR, CONTESTE CADA PREGUNTA

POR FAVOR, CONTESTE CADA PREGUNTA