

EVALUACIÓN DE LA VACUNA PARA LA INFLUENZA Y FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE CULVER CITY 2020

Por favor escriba la siguiente información para la persona que está siendo vacunada:

Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Género
		/ /		M / F

Si la persona que está siendo vacunada es un estudiante del CCUSD, marque con un círculo el escolar actual:
ER EM FA LB LH MS HS

Parte A – INFORMACION SOBRE LA SALUD

Por favor conteste las siguientes preguntas basadas en la historia de la persona que se vacuna-

	SÍ	NO
1) Tiene alergia severa a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Ha tenido una reacción fuerte anteriormente cuando fue vacunado/a contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Desarrollado el síndrome de Guillain-Barré (GBS) dentro de 6 semanas después de una vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si usted marcó "Sí" a la preguntas anteriores, nosotros **no podemos** administrar la vacuna contra la gripe. Es posible que pueda recibir una vacuna contra la gripe diferente. Por favor consulte con su médico.*

Parte B – INFORMACIÓN SOBRE NIÑOS MENORES DE 9 AÑOS

Si su hijo es menor de 9 años de edad y no ha sido previamente vacunado para la gripe con 2 dosis de la neblina nasal o inyección, él o ella necesitarán una segunda vacunación en 4 semanas. Favor de devolver en 30 días para la segunda vacuna o seguimiento con el médico primario de su hijo/a.

Parte C – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Yo he leído la información sobre la vacuna contra la influenza (VIS) fechado el 15 de agosto 2019 y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna. Entiendo también que esta vacunación será registrada en el "Registro de Vacunación de California", el cual está disponible a profesionales de salud. Estoy de acuerdo a las reglas y doy mi consentimiento a la administración de la vacuna.

Si está solicitando una vacuna para un menor de 18 años, doy mi permiso a administrar la vacuna de influenza y aseguro que estoy autorizado a dar dicho permiso. **Iniciales de Padres/Tutores aquí:**

Firma de la persona que solicita la vacunación	Fecha

INFORMACION REQUERIDA:

Para poner en la computadora – Primer Nombre de la Madre (de la persona que va recibir la vacuna):

FOR CLINIC USE ONLY:

	Location	Date	Given By
Flu Injection 0.5ml IM (IIV4)	L / R Deltoid		SA DC JP AT EW RF