

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA DE WORCESTER PUBLIC SCHOOLS, 2020- 2021
Información del seguro de vacunas para niños Y FORMULARIO DE SELECCIÓN

Inyectable (vacuna contra la gripe)

Sección 1: Información sobre el estudiante que recibirá la vacuna (en letra de imprenta):* **Campos obligatorios**

Aula/maestro:*	Grado: *		
Nombre: (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)*	Fecha de nacimiento: *	Edad: *	Sexo: (Encierre con un círculo) *
	Mes Día Año _____		Masculino Femenino
Raza/Origen étnico: (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Afroamericano o afrodescendiente <input type="checkbox"/> Indio americano, nativo de Alaska, indígena o nativo de las tribus originarias <input type="checkbox"/> Árabe o de Medio Oriente <input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano <input type="checkbox"/> Hispano, latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco, caucásico, o europeo americano <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Dónde se vacunó el estudiante contra la gripe el año pasado (año escolar 2019-2020)? <input type="checkbox"/> No se vacunó contra la gripe <input type="checkbox"/> En la clínica de vacunación contra la gripe de la escuela en octubre <input type="checkbox"/> En el centro de salud de la escuela <input type="checkbox"/> En el consultorio del pediatra <input type="checkbox"/> En la farmacia (p. ej., Walgreens, CVS, etc) <input type="checkbox"/> Otro: _____		

Sección 2: Consentimiento para la vacunación

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO: He leído o me han explicado la Declaración de Información sobre Vacunas 2019-2020 (sin cambios para el período 2020-2021) correspondiente a la vacuna contra la influenza, y entiendo los riesgos y beneficios.

OTORGO CONSENTIMIENTO para la administración de la vacuna, para que se facture a mi compañía aseguradora y se ingrese/comparta esta información en el Sistema de Información de Vacunación de Massachusetts (Massachusetts Immunization Information System, MIIS). *(Si no consta mi firma, la fecha ni entrego este consentimiento, mi hijo no será vacunado).*

NO OTORGO CONSENTIMIENTO para que mi hijo mencionado al inicio de este formulario reciba esta vacuna.

_____/_____/_____
Firma del padre/madre/tutor legal Fecha

_____/_____/_____
Firma del padre/madre/tutor legal Fecha

_____/_____/_____
Fecha

Sección 3: Información del seguro

Información del seguro: *Incluya el número de identificación del miembro completo y cualquier letra que forme parte de ese número*

Nombre de la compañía aseguradora: *	Número de identificación del miembro: *	Número de identificación del grupo: (si está disponible)
--------------------------------------	---	--

Si la persona vacunada no es el titular del seguro, complete la siguiente información:

Nombre del titular del seguro: (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre) *	Fecha de nacimiento del titular del seguro: *	Sexo: (Encierre con un círculo) *
	Mes Día Año _____	
Relación del paciente con el titular del seguro: (Encierre con un círculo)*		Hijo Otro

***Adjunte una fotocopia de la tarjeta de seguro (si puede)**

Para niños de 18 años y menores:

Es elegible para el Programa de Vacunas para Niños (Vaccine for Children, VFC) en los siguientes casos:

- Está inscrito en Medicaid (incluye MassHealth y HMO, etc., si está inscrito a través de Medicaid)
- No tiene seguro médico
- Es Indígena Americano (Nativo Americano) o Nativo de Alaska

No es elegible para el Programa VFC en el siguiente caso:

- Tiene seguro médico y no es Indígena Americano (Nativo Americano) o Nativo de Alaska

Evaluación de selección para recibir la vacuna inyectable contra la gripe (inyección)

Sección 4: Complete esta parte solo si otorga su consentimiento para que su hijo reciba la vacuna contra la gripe.

*Campos obligatorios

Si responde estas preguntas nos ayudará a determinar si su hijo necesitará 0, 1 o 2 dosis de la vacuna contra la gripe este año.

***Si su hijo tiene 9 años o más, vaya a la Sección 5 a continuación.**

***Si su hijo tiene 8 años o menos, responda las otras preguntas en este recuadro.**

1. ¿Su hijo recibió 1 o más dosis entre el 1 de julio de 2019 y el 30 de junio de 2020? Sí No
2. Si respuesta es no, ¿su hijo recibió 2 o más dosis entre el 1 de julio de 2010 y el 30 de junio de 2020?
 Sí No
3. ¿Su hijo ha recibido la vacuna contra la gripe esta temporada de gripe (desde el 1 de julio de 2020)? No (si la respuesta es no, vaya a la sección 2) Sí

Si la respuesta es sí, indíquenos la cantidad de dosis y las fechas de vacunación: 1 dosis 2 dosis

Dosis 1: Fecha de vacunación: mes ____ día ____ 2020 **Dosis 2:** Fecha de vacunación: mes ____ día ____ 2020

Sección 5: Información para determinar si su hijo debe recibir la vacuna contra la gripe 2020-2021

Marque SÍ o NO para cada pregunta. Si responde "SÍ" a una o más de las 4 preguntas, su hijo no podrá recibir la vacuna contra la gripe en la escuela a menos que presente una nota del proveedor de atención médica de su hijo que indique que autoriza a que su hijo reciba la vacuna contra la gripe. Si responde "NO" a todas estas preguntas, su hijo recibirá la vacuna. Si no está seguro de las respuestas, consulte al proveedor de atención médica de su hijo.

*Campos obligatorios	NO	SÍ
1. ¿Su hijo tiene alergia al huevo?*		
2. ¿Su hijo tiene alergia a la gentamicina, neomicina, polimixina o gelatina? *		
3. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna contra la gripe en el pasado? *		
4. ¿Su hijo alguna vez tuvo síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal) dentro de las 6 semanas posteriores a vacunarse contra la gripe? *		

SOLO PARA USO OFICIAL:

Fecha de servicio *POR FAVOR COMPLETAR FECHA	Vax Tipo	Fabricante de la vacuna	N.o de lote	Fecha de vencimiento	Dosis (ml)	Estado Suministrado	Sin Conservantes*	Vía de administración de la inyección	Zona de inyección (Encierre con un círculo)	Fecha de la Declaración de Información sobre la vacuna (Vaccine Information Statement, VIS)	Fecha en que se entregó la VIS
*	IIV4	Flulaval GSK			0.5	Sí	Sí	IM	Brazo derecho Brazo izquierdo Pierna derecha Pierna izquierda	8/15/19	

IIV4 = Vacuna contra la influenza con virus inactivado, tetravalente

*** Firma de la persona que administra la vacuna:**

***Nombre en letra de imprenta:**

Nombre del proveedor: Worcester Public Schools Nursing Número de identificación personal del proveedor del MDPH 14406
Dirección del proveedor: 768 Main Street, Worcester, MA 01608