VACUNA CONTRA LA INFLUENZA 2015-2016 REVISION MEDICA & PERMISO PARA VACUNAR

NPI:
School Name: _____

Nombre Completo:	Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Sexo: ☐ M ☐ F
Dirección:	Pueblo/Ciudad:	Código Postal:	Teléfono de Día:
Grado:	Profesor/a:	Unidad Administrativa de la Escuela (Distrito)	

Por favor responda a las siguientes preguntas acerca de <u>la persona mencionada en la parte de arriba</u>. Puede escribir comentarios en la parte de atrás de este formulario.

	SI	**NO**
1) ¿Esta persona tiene algún tipo de alergia severa (con peligro de muerte) a los huevos?		
2) ¿Alguna vez en el pasado esta persona ha tenido una reacción severa a la vacuna contra la influenza?		
3) ¿Esta persona alguna vez ha tenido el Síndrome de Guillain-Barré?		
Si usted contestó que "sí" a alguna de las preguntas de 1 a 3, por favor contacte con su médico respecto a la vacuna contra la gripe.		
4) ¿En las últimas 4 semanas, esta persona ha recibido alguna otra vacuna, o no se está sintiendo bien? Si la respuesta es "sí", Tipo de vacuna_____Fecha _____		
5) ¿Esta persona tiene problemas de salud a largo plazo, alergias, asma, problemas respiratorios, o está en tratamiento a largo plazo con aspirina?		
6) ¿Esta persona tiene un sistema inmunológico débil, o ha estado en contacto cercano con una persona con un sistema inmunológico débil? Explicar:		
7) ¿Esta persona está embarazada o podría estarlo?		
Si usted contestó que "sí" a alguna de las preguntas de 4 a 7, esta persona <u>no puede recibir la vacuna intranasal contra la gripe</u>.		
8) ¿Esta persona es un Nativo de América del Norte o un Nativo de Alaska?		
9) ¿Esta persona no tiene seguro médico?		
10) ¿Esta persona tiene seguro con MaineCare (Medicaid)? Número ID MaineCare:_____		

11) Compañía de Seguro: Nombre de la Compañía:_____

Número de ID: _____ Número de Grupo:_____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento:_____

12) Nombre del Doctor:_____ Número de teléfono:_____

PERMISO PARA VACUNAR

- Me entregaron una copia del Documento de Información sobre la Vacuna contra la Influenza para el año 2015-2016, lo he leído o me lo han explicado, y entiendo los beneficios y riesgos de dicha vacuna.
- Doy permiso para que se guarden los datos de esta vacuna en el Registro del ImmPact.
- Doy permiso a que se use esta información para cobrarle a MaineCare o a la empresa de seguro privada el costo de esta vacuna.
- Doy permiso para que esta persona reciba la vacuna más apropiada, tal como lo ha determinado el personal médico de la clínica.
- Si mi hijo/a se rehusa a recibir la inyección y no presenta ninguna de las condiciones enumeradas entre los # 4 y 7, le doy a usted mi permiso de ponerle la vacuna antigripal por aerosol nasal.
- **Por medio de mi firma doy permiso a que le pongan la vacuna contra la gripe a la persona cuyo nombre aparece arriba**.

X_____ Fecha:_____

Firma del padre o guardián si la persona siendo vacunada es menor de edad o Firma del adulto que será vacunado

Nombre en letras de molde del padre/guardián o adulto que será vacunado _____

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE/FOR OFFICE USE ONLY:

Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of Vaccinator	Body Site	Route	VIS date
/ /						☐ IM single dose ☐ IM multi dose ☐ Intranasal	