

VACUNA CONTRA LA GRIPE

FORMULARIO DE SALUD Y PERMISO

Año escolar: _____

NPI: _____

Nombre de la escuela: _____

| | | | | |
|---------------|----------------|--|--|--|
| Nombre: _____ | | Fecha de nacimiento: _____ / ____ / ____ | Edad: _____ | Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Calle: _____ | | Ciudad: _____ | Código postal: _____ | Teléfono: _____ |
| Grado: _____ | Maestro: _____ | | Unidad administrativa escolar (Distrito) | |

¿Es esta persona Indio Americano o nativo de Alaska? sí no

¿Tiene seguro esta persona? sí no

¿Esta persona tiene seguro con MaineCare (Medicaid)? sí no

Nro. de ID de MaineCare: _____

¿Seguro privado? sí no

Nombre de la compañía de seguro: _____

Número de ID: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Nombre del doctor: _____ Teléfono: _____

Conteste las siguientes preguntas acerca de la persona mencionada arriba. Los comentarios se pueden escribir al reverso de este formulario.

SÍ NO

| | | |
|--|--|--|
| 1) ¿Tiene esta persona alguna alergia grave (mortal) a los huevos? | | |
| 2) ¿Alguna vez esta persona ha tenido alguna reacción grave a la vacuna contra la gripe? | | |
| 3) ¿Alguna vez esta persona ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre? | | |
| Si usted contestó que "sí" a alguna de las 3 preguntas, consulte con su proveedor de salud con relación a la vacuna contra la gripe | | |
| 4) ¿Tiene esta persona asma; respiración sibilante; antecedentes de respiración sibilante si es menor de 5 años; tiene problemas del corazón, en los riñones, en los pulmones; diabetes; o está embarazada o lactando? | | |
| 5) ¿Toma esta persona aspirina con frecuencia o algún medicamento que contenga aspirina? (A los menores o adolescentes no se les debe administrar aspirina durante 4 semanas después de administrársele FluMist.) | | |
| 6) ¿Tiene esta persona un sistema inmunológico debilitado o ha tenido contacto cercano con alguien cuyo sistema inmunológico esté gravemente debilitado? | | |
| 7) ¿Ha recibido esta persona Tamiflu, Relenza, amantadina, o rimantadina en las últimas 48 horas? | | |
| 8) ¿Ha recibido esta persona alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? En caso afirmativo: Tipo _____ Fecha _____ | | |
| Si respondió "sí" a alguna pregunta de la 4 a la 7, esta persona no puede recibir la vacuna intranasal contra la gripe. | | |

PERMISO PARA VACUNAR

- Recibí una copia de la Declaración con Información sobre la Vacuna Contra la Gripe (Influenza), la he leído o me la han explicado y entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la gripe.
- Doy permiso para ingresar un registro de esta vacunación en el Sistema Informático de Inmunización de Maine, ImmPact.
- Doy permiso para que la información se utilice a fin de cobrar a MaineCare o al seguro privado el costo de suministrar la vacuna.
- **Doy permiso para que se suministre la vacuna contra la gripe a la persona mencionada anteriormente mediante mi firma al pie.**

X _____ Fecha: _____

Firma de alguno de los padres o tutor si la persona que va a recibir la vacuna es menor o firma del adulto que recibirá la vacuna.

Nombre en letra imprenta del padre o tutor: _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

| Fecha de administración de la dosis | Fabricante de la vacuna | Número de lote | Volumen de la dosis | Firma y título de la persona que suministra la vacuna | Sitio en el cuerpo | Ruta | Fecha VIS |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------|---------------------|---|--------------------|---|-----------|
| ____ / ____ / ____ | | | | | | <input type="checkbox"/> Por sangre <input type="checkbox"/> Por nariz | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------|
| | | | | | | | Suministrada por el estado S N |
|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------|