

**PARA 4K A 12o GRADO
Autorización para Recibir 2020-2021
Vacuna Antigripal Inactivada (Inyectable)**

FOR OFFICE USE ONLY: WIR COUNT

La información coleccionada en esta forma se utilizará para documentar la autorización para la recepción de la vacuna inyectable contra la gripe (flu shot). La información puede ser compartida a través del Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR) con otros proveedores de atención médica directamente involucrados con su hijo.

Nombre del Niño :----- <i>POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE CON PLUMA</i>-----			Fecha de Nacimiento (mes-día-año) - -	
Apellido:	Primer Nombre:	Medio Nombre:		
Dirección:			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad	Estado	Código	Número de Teléfono ()	
Raza (Indique uno) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano/Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africano Americano			Etnicidad (Indique Uno) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
Apellido de Soltera de la Mamá: (Apellido, Nombre)		Nombre de la Escuela:	Grado	Maestro K-6:
Nombre del Padre o Tutor Responsable del Niño si es menor de 18 años: (Apellido, Primer Nombre)			Relación al niño:	

Por favor conteste las siguientes preguntas para que podamos determinar si su hijo puede recibir la vacuna contra la gripe 2020 2021 (flu shot).

- Sí No ¿Tiene su hijo una alergia grave a los huevos?
- Sí No ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la gripe?
- Sí No ¿Ha tenido su hijo alguna vez el síndrome de Guillain-Barre (un tipo de debilidad muscular severa temporal)?

Otros comentarios de los padres/tutores legales:

He leído, o me he explicado la Declaración de Información sobre Vacunas (8/15/19) para la vacuna antigripal inactivada. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna solicitada y pido que la vacuna se administre a la persona mencionada anteriormente para la cual estoy autorizado a hacer esta solicitud por el Departamento de Salud del Condado de Fond du Lac. **Si mi hijo es menor de 9 años de edad, este consentimiento autoriza la segunda dosis de la vacuna contra la influenza si está médicamente indicada.** El consentimiento puede ser revocado notificando al Departamento de Salud del Condado de Fond du Lac a (920) 929-3085.

Doy permiso para compartir los registros de inmunización de mi hijo, incluidos los proporcionados a la escuela(s) con el Registro de Inmunización de Wisconsin y mi Proveedor de Inmunización con el propósito de mantener un registro completo y preciso para ayudar a asegurar la inmunización completa. **Marque aquí si NO da su permiso para compartir:**

FIRMA- Firma del padre en nombre del paciente: X	Fecha Firmada:
DEBE Usar Tinta	

NOTES: For Health Department staff:

DOSE #1 Date: _____ IM: RD LD RV LV DOSE #2 Date: _____ IM: RD LD RV LV

Manufacturer _____ Lot # _____ Manufacturer _____ Lot # _____

SIGNATURE: _____,RN SIGNATURE: _____,RN