



2025-26 Año Escolar

Formulario de Consentimiento Anual de Vacunación contra la Influenza – INYECCION CONTRA LA GRIPE

Sección 1: Información sobre el niño que recibirá la vacuna (en letra de imprenta)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)	(Primer nombre)	(M.I.)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE Mes día año	
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR (Apellido)	(Primer)	(M.I.)	EDAD DEL ESTUDIANTE	GÉNERO DEL ESTUDIANTE M / F
DIRECCION			PADRE O MADRE NUMERO DE TELEFONO:	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
Nombre del médico	Dirección	Ciudad	Código Postal	
NOMBRE DE ESCUELA	NOMBRE DEL MAESTRO		CALIFICACION	

Sección 2: Evaluación para la elegibilidad de la vacuna

¿Vacunó a su hijo con la vacuna contra la influenza estacional después del 1 de julio de 2025? ☐ SÍ ☐ NO

Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si su hijo puede recibir la vacuna contra la influenza estacional. Si responde "NO" a las cuatro preguntas siguientes, es probable que su hijo pueda recibir la vacuna contra la influenza. Si responde "SÍ" a una o más de las siguientes cuatro preguntas, es posible que su hijo pueda recibir la vacuna contra la influenza estacional, pero nos comunicaremos con usted para analizar sus opciones. Por favor marque SÍ o NO para cada pregunta.

	SI	NO
1. ¿Tiene su hijo una alergia seria a los huevos?	☐	☐
2. ¿Tiene su hijo alguna otra alergia seria? Por favor enumere:	☐	☐
3. ¿Alguna vez ha tenido su hijo una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la gripe?	☐	☐
4. ¿Alguna vez su hijo tuvo el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa temporal) dentro de las 6 semanas después de recibir una vacuna contra la gripe?	☐	☐

Sección 3: Consentimiento

2025-26 Años Escolar

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO: Por favor marque

He leído o me han explicado la Declaración de información sobre la vacuna contra la influenza estacional y entiendo los riesgos y beneficios.

☐ **DOY CONSENTIMIENTO** al Centro de Salud Escolar Sterling Health Care y a su personal para que mi hijo nombrado en la parte superior de este formulario sea vacunado con esta vacuna. (Si este formulario de consentimiento no está firmado, entonces su hijo no será vacunado)

☐ **NO DOY CONSENTIMIENTO** al Centro de Salud Escolar Sterling Health Care y su personal para que mi hijo nombrado en la parte superior de este formulario sea vacunado con esta vacuna.

Firma del padre / tutor legal

Fecha: mes _____ día _____ año _____

Sección 4: Información del seguro de salud

Seguro primario: _____ ID # _____ Grupo # _____

Seguro secundario: _____ ID # _____ Grupo # _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Sexo del suscriptor: _____ Teléfono del suscriptor _____

Dirección del suscriptor si es diferente a la del paciente: _____

Empleador suscriptor: _____

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Section 5: Vaccination Record

Vaccine	Route	Date Administered	Dose	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
Influenza	☐ IM ☐ Intranasal	/ /				