



## Formulario anual de consentimiento del estudiante para la vacuna contra la influenza-FLU SHOT 2026-2027

### Sección 1: Información para recibir la vacuna (en letra impresa)

|                                         |        |               |        |                                                      |
|-----------------------------------------|--------|---------------|--------|------------------------------------------------------|
| NOMBRE (Última)                         |        | ( Primero)    | (M.I.) | FECHA DE NACIMIENTO<br>mes _____ día _____ año _____ |
| NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL:           |        |               |        | GÉNERO DEL ESTUDIANTE: M/F                           |
| DIRECCIÓN                               |        |               |        | NÚMERO DE TELÉFONO:                                  |
| CIUDAD                                  | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |        |                                                      |
| NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO: |        |               |        |                                                      |
| NOMBRE DE LA ESCUELA                    |        |               |        |                                                      |

### Sección 2: Evaluación de la elegibilidad para la vacuna

¿Su hijo ha sido vacunado con la vacuna contra la influenza estacional después del 1 de julio de 2025?      SÍ   o   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.

|                                                                                                        | SÍ                       | NO                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Su hijo tiene una alergia grave a los huevos?                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Su hijo tiene alguna otra alergia grave? Por favor, enumere:<br>_____                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Su hijo alguna vez ha tenido una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la gripe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                        |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. ¿Su hijo alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal) dentro de las 6 semanas posteriores a recibir la vacuna contra la gripe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

**Información del seguro:**

¿Su hijo tiene seguro?: SÍ o NO (Por favor, marque con un círculo)

**Seguro Primario:**

**Identificación:** \_\_\_\_\_ **Group:** \_\_\_\_\_

**Secundario:** \_\_\_\_\_

**Identificación:** \_\_\_\_\_ **Group:** \_\_\_\_\_

**Nombre del titular de la póliza:** \_\_\_\_\_ **Fecha denacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección del titular de la póliza si es diferente a la del paciente:** \_\_\_\_\_

**Sección 3: Consentimiento**

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DE LOS ESTUDIANTES:**

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

DOY MI CONSENTIMIENTO a la Clínica de Salud Escolar de Sterling Health Care y a su personal para que mi hijo nombrado en este formulario sea vacunado con esta vacuna (si el formulario de consentimiento no está firmado, entonces el niño no será vacunado).

NO DOY MI CONSENTIMIENTO a la Clínica de Salud Escolar de Sterling Health Care ni a su personal para vacunar a mi hijo con esta vacuna.

Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_

Fecha: Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_

**Sección 4: Registro de vacunación**

**SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO**

| Vacuna    | Ruta             | Fecha de administración de la dosis | Fabricante de vacunas | Número de lote | Nombre y cargo del administrador de vacunas |
|-----------|------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------|---------------------------------------------|
| Influenza | IM<br>Intranasal | / /                                 |                       |                |                                             |