

Preguntas requeridos sobre las Vacunas & Salud — Tiene que ser respondidas todas las preguntas para que su niño a ser inmunizados

1	Este niño ha sido diagnosticado con asma? If sí, fecha del último tratamiento: _____ Ha sido el inhalador usado una o más veces en el último mes?	SÍ	NO
2	Este niño ha tenido una reacción alérgica severa o vida amenazante a la vacuna contra la gripe?	SÍ	NO
3	Este niño tiene cualquiera de los siguientes: Diabetes u otros trastornos metabólicos Trastornos o enfermedades del corazón Enfermedad del riñón o trastornos Trastornos o enfermedad de la sangre	SÍ	NO
4	Es alérgico a los componentes de la vacuna este niño tales como: eggs, gentamicin sulfate, or MSG?	SÍ	NO
5	Es esta niña embarazada o lactante?	SÍ	NO
6	Este niño ha tenido síndrome de Guillain-Barré?	SÍ	NO
7	Es este niño en tratamiento con aspirina a largo plazo?	SÍ	NO
8	Este niño viven o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunitario está seriamente comprometida y debe estar en un entorno de aislamiento protector?	SÍ	NO
9	A este niño tome medicamentos que reducen la resistencia del cuerpo a la infección?	SÍ	NO
10	Este niño ha recibido una vacuna MMR o la varicela en los últimos 30 días?	SÍ	NO

Los antecedentes serán revisados por profesionales médicos con licencia. Ciertas condiciones requerirá su niño sea la vacuna por su proveedor de atención médica regular. La seguridad del niño es nuestra principal preocupación.

Adicional Preguntas

A	Esta es la primera vez que este niño será vacunado para la gripe?	SÍ	NO
B	Vacunaron por primera vez el año pasado a esta gripe infantil? If sí, how many doses?	SÍ	NO
C	Este niño ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? If sí, que vacuna(s)?	SÍ	NO



Nombre del estudiante: (por favor imprima) _____

Soy consciente de que el receptor de esta vacuna no está actualmente embarazado y no debe quedar embarazado dentro de cuatro semanas de recibir esta vacuna. He leído la información sobre la vacuna y precauciones especiales en la hoja informativa de la vacuna. Soy consciente que puedo localizar la declaración de información de vacuna más actual y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con la vacuna y entender los riesgos y beneficios. Solicito y voluntariamente su consentimiento para que la vacuna a la persona mencionados de quien soy el padre o tutor legal y tener autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han hecho garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero el sistema escolar, HNH Immunizations, Inc. & subsidiaries, la clínica de salud de la familia de Union Springs, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de toda responsabilidad derivada de cualquier accidente o acto de omisión que se presenta durante la vacunación. Entiendo que esta autorización es válida por 6 meses y que hará que la escuela consciente de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Fechas de clínica pueden ser obtenidas en la escuela. Entiendo que la salud relacionados con la información en este formulario será utilizada para propósitos de facturación seguro y su privacidad será protegida.

Las vacunas no pueden darse sin firma del padre o tutor



Firma del Padre o tutor

Fecha

For Administrative Use Only

Clinic Loc:	Date of Clinic:
Vaccine Lot & Expiration Date:	
RPh:	RN:
VIS CDC LAIV 8/7/2015	0.2mL Intranasal
Vaccine: FluMist Quadrivalent	Manufacturer: MedImmune

Cash	Check
DB:	
Filed:	
PDF:	
Other:	

POR FAVOR, CONTESTE CADA PREGUNTA

POR FAVOR, CONTESTE CADA PREGUNTA

POR FAVOR, CONTESTE CADA PREGUNTA