2025-2026 Formulario de Consentimiento para Vacunacion contra la Influenza en las Escuelas

Departmento de Salud del Condado de Ben Hill

Georgia Department of Public Health
Ben Hill County

Sección 1: Información acerca del Estudiante que recibira la vacuna contra la influenza

Registro Pt #: _____
(Para uso de la clinica unicamente)

Nombre Del (la) Estudiante (Appellido)	(Nombre)	(Inicial del Segundo Nombre)	Nombre de la Escuela:	
Fecha De Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Edad	Sexo: M / F	Maestro:	GRADO:
ETNICIDAD *(Encierre en un Circulo)* Not Hispanic/Latino Hispanic Latino	RAZA *(Encierre en círculo)* Afroamericano, Blanco, Hispano o Latino, Indígena Norteamericano, Asiático, Nativo de Alaska, Hawaiano, otra Isla del Pacífico, Otro		Nombre de padres/ Tutor legal:	
DIRECCION DE CASA:			NÚMEROS DE TELÉFONO DE LOS PADRES/TUTORES	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO DE LOS PADRES/TUTORES	

Información del seguro: ¿Tiene un seguro que cubra las vacunas? ☐ Si / ☐ No

Porfavor marcar el proveedor de seguro a continuacion:

☐ Aetna ☐ Caresource ☐ PeachState ☐ Sin seguro
☐ Ambetter (not Premier or Select) ☐ Cigna ☐ United Healthcare
☐ AmeriGroup ☐ Medicaid ☐ WellCare
☐ Anthem BCBS ☐ Medicare ☐ Otro _____

Proporcione la información del seguro para el proveedor seleccionado y adjunte una copia de la tarjeta de seguro a este formulario.

Nombre Titular de la Poliza _____

Fecha de naciemiento asegurador _____

#Grupo_____

Numero de Miembro #_____

Sección 2: Información Médica: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si este estudiante puede recibir la vacuna contra la influenza.
***Por favor encierre en un círculo Sí o No para cada pregunta.**

1.	¿El/la estudiante ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro semanas? Si la respuesta es Sí, por favor indique cuáles:	SI	No
2.	¿Cuándo fue la última vez que el/la estudiante recibió la vacuna para la influenza?		
3.	¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a los huevos?	SI	No
4.	¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la influenza?	SI	No
5.	¿El/la estudiante usa un inhalador o recibe tratamiento respiratorio para el asma o sibilancia?	SI	No
6.	¿El/la estudiante está en terapia con aspirina o terapia que contenga aspirina a largo plazo? (Por ejemplo: el estudiante toma aspirina todos los días)	SI	No
7.	¿El/la estudiante tiene alguna condición de salud significativa o crónica (largo plazo)? (Por ejemplo: diabetes, enfermedad de células falciformes, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, trastornos convulsivos, parálisis cerebral, trastornos musculares o nerviosos)	SI	No
8.	¿El estudiante está recibiendo medicamentos antivirales para la gripe?	SI	No
9.	¿El/la estudiante tiene un sistema inmunológico débil? (por ejemplo, debido a VIH, cancer, o medicinas tales como esteroides o aquellas usadas para tratar el cáncer)?	SI	No
10.	¿La estudiante está o podría estar embarazada?	SI	No
11.	¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	SI	No

Sección 3: Consentimiento: ***Si este consentimiento no es llenado por completo, firmado, fechado y devuelto, el estudiante no sera vacunado en la escuela.***

DOY CONSENTIMIENTO al Departamento de Salud del Condado de Ben Hill para que el estudiante mencionado anteriormente reciba la vacuna antigripal. Reconozco que la información médica y del estudiante proporcionada anteriormente es correcta. Se me ha dado una copia de la Declaración de información sobre vacunas para la vacuna antigripal y el FORMULARIO DE AVISO DE POLICA DE PRIVACIDAD. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna antigripal que se le dará al estudiante que estoy autorizado a representar. Entiendo que la participación y recepción de la vacuna antigripal a través de este programa es completamente voluntaria. Al firmar a continuación, doy permiso para que el estudiante mencionado anteriormente reciba la vacuna inyectable contra la gripe. Doy permiso a South Health District para presentar mi seguro por los servicios prestados.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ ***Fecha:*** _____

Para Uso de la Clinica Unicamente (Clinic Use Only)

☐ **Private Stock** ☐ **VFC Eligible** ☐ **Non VFC** ☐ **Student will need a second dose**

Inactivated Influenza Vaccine 2025-2026 VIS _____

Administration Route: IM LA / RA

☐ Date Dose Administered: _____

☐ Dose Not Administered due to: _____

☐Inactivated Influenza Vaccine – Trivalent (IIV_3)

Mfg: _____ Lot #:_____ Exp. Date:_____

Signature of Nurse: _____Date:_____

Departmento de Salud del Condado de Ben Hill
251 Appomattox Road
Fitzgerald, GA 31750
Teléfono: 229-426-5288
www.southhealthdistrict.com/benhill
Facebook: /southhealthdistrict
Instagram: @southhealthdistrict
YouTube: @southhealthdistrict