2026-2027 Formulario de Consentimiento para Vacunacion contra la Influenza en las Escuelas

Departmento de Salud del Condado de Lowndes

Georgia Department of Public Health
Lowndes County

Si no desea que su hijo reciba la vacuna contra la gripe, no complete ni devuelva el formulario.

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 Select) ☐ Cigna ☐ Tricare
☐ Amerigroup ☐ Medicaid ☐ United Healthcare/UMR
☐ 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 _____
Numero de Miembro #_____
ID de TRICARE del dependiente_____

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. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela y al departamento de salud correspondiente por lo menos tres días hábiles antes de la fecha programada para la clínica escolar de vacunación contra la influenza, si mi hijo ya fué vacunado contra la influenza con otro proveedor de salud este año.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 2026-2027 VIS **1/31/2025**

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:_____

Lowndes County Health Department
206 South Patterson Street
Valdosta, GA 31601
Teléfono: 229-333-5257
www.southhealthdistrict.com/lowndes
Facebook: /lowndescountyhealthdept
Instagram: @southhealthdistrict
YouTube: @southhealthdistrict