

Maestro \_\_\_\_\_

Identificación del Estudiante# \_\_\_\_\_

El Distrito Escolar de Springfield, en cooperación con CoxHealth, ofrece **vacuna contra la influenza estacional** a cualquier niño que califique para el **Programa de vacunas para niños (VFC)**, según lo permita la oferta. Si desea que su hijo reciba la vacuna contra la gripe, complete este formulario. Todas las vacunas que se administran en estas clínicas se proporcionan de forma gratuita.

**Se administrará la vacuna contra la influenza inactivada (FLU Shot).**

**1) NIÑOS QUE CALIFICAN PARA VFC:** Cdiablos que se aplica para su hijo (al menos uno debe aplicar):

\_\_\_\_\_ no tiene seguro \_\_\_\_\_ tiene seguro, pero no cubre las vacunas \_\_\_\_\_ es  
tiene Medicaid nativo de Alaska o nativo americano

Además, para aquellos estudiantes con **cobertura de seguro privado** que cubre completamente las vacunas y, por lo tanto, no califica para VFC, CoxHealth, el Departamento de Salud del Condado de Springfield Greene y Mercy-Springfield han proporcionado la vacuna inactivada contra la influenza (FLU, por sus siglas en inglés), y se administrará sin cargo. Por favor **verifique si su hijo tiene un seguro privado que pague por completo las vacunas (no Medicaid)**

\_\_\_ el ella **TIENE** seguro privado (no Medicaid) que paga la totalidad de las vacunas.

*Revise la Hoja de información sobre vacunas que se proporciona para la vacuna antigripal inactivada. Si tiene preguntas sobre la vacuna que están no responde en la hoja de información de la vacuna, por favor hable con la enfermera de su escuela.*

**2) INFORMACIÓN DEL NIÑO:**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_ Género: MF Raza \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_ No de Medicaid: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre / padre / tutor del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección del niño: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**3) POR FAVOR CIRCULE 'SÍ' O 'NO'**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Ha recibido su hijo una vacuna en los últimos 30 días?<br>En caso afirmativo, indique el nombre de la (s) vacuna (s): _____  | sí | No |
| 2. ¿Ha recibido su hijo una vacuna contra la influenza antes?  | sí | No |
| 3. ¿Su hijo es alérgico a alguna parte de la vacuna (huevo, proteínas de huevo, gentamicina, gelatina o arginina)?   | sí | No |
| 4. ¿Ha tenido el niño alguna vez una reacción potencialmente mortal a una vacuna contra la influenza?  | sí | No |
| 5. ¿Su hijo recibe actualmente aspirina o terapia que contiene aspirina?   | sí | No |
| 6. ¿Su hijo tiene asma, sibilancias recurrentes o sibilancias activas?   | sí | No |
| 7. ¿Ha tenido su hijo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?  | sí | No |
| 8. ¿Tiene su hijo alguna enfermedad (por ejemplo, cáncer, lupus o VIH / SIDA) o toma algún medicamento (por ejemplo, esteroides o quimioterapia) que reduzca la resistencia del cuerpo a las infecciones?  | sí | No |
| 9. ¿Su hijo tiene alguno de los siguientes problemas de salud a largo plazo? (MARQUE CÍRCULO)<br><input type="radio"/> enfermedad cardíaca <input type="radio"/> enfermedad renal <input type="radio"/> enfermedades metabólicas (por ejemplo, diabetes)<br><input type="radio"/> otro _____ |    |    |
| 10. ¿Su hijo está embarazada o amamantando?  | sí | No |
| 11. Infórmenos si su hijo tiene contacto cercano con alguien que tenga un sistema inmunológico debilitado (por ejemplo, una persona que ha tenido un trasplante de médula ósea y está en una habitación de hospital con presión negativa). Por favor describa:<br>-----                      |    |    |

Alergias / alerta médica: \_\_\_\_\_

**4) LEA Y FIRME ABAJO:**

*Solicitud de administración de influenza inactivada (vacuna contra la influenza):* Me han entregado la Declaración de información sobre vacunas de los CDC. He leído este documento y no tengo más preguntas en este momento. Entiendo que mi hijo recibirá la vacuna inactivada contra la influenza (vacuna contra la influenza). Entiendo los riesgos y beneficios de las vacunas antigripales intramusculares inactivadas. Solicito y doy mi consentimiento voluntario para que la vacuna se administre al destinatario mencionado anteriormente, de quien soy el padre o tutor legal, y reconozco que no se han hecho garantías con respecto al éxito de la vacuna. Entiendo los efectos secundarios y las advertencias de la vacuna.

Firma del padre / tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2024