



WIR _____

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESCOLAR SOBRE LA INFLUENZA
PARA ESTUDIANTES DE 3 AÑOS HASTA LA ESCUELA SECUNDARIA
Autorización para recibir la vacuna contra la influenza atenuada 2023-2024 (FluMist)
O Vacuna antigripal inactivada (inyectable)**



Public Health
Prevent. Promote. Protect.
Fond du Lac County
Health Department

La información recopilada en este formulario se utilizará para documentar la autorización para recibir la vacuna contra la influenza 2023-2024 en la escuela de su estudiante. La información se puede compartir a través del Registro de Vacunación de Wisconsin (WIR) con otros proveedores de atención médica directamente involucrados con su estudiante.

Nombre de la persona que se va a vacunar:----- POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE -----			Fecha de nacimiento (mm-dd-yyyy)	
Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:		
Dirección:			Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	Edad:
Ciudad:	Estado:	Correo Postal:	Número de teléfono ()	
Raza (marque uno) <input type="checkbox"/> nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano			Etnicidad (marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	
Nombre de soltera de la madre (apellido, nombre)		Nombre de Escuela:		Grado:
Nombre del padre o tutor responsable del niño si es menor de 18 años: (Apellido, primer segundo)			Relación con el niño/a:	

Si EL padre/tutor prefiere que solo se administre la vacuna contra la **influenza inyectable** a la persona que se va a vacunar.

Si No ¿La persona que se va a vacunar será asistida por el personal de la escuela o del departamento de salud durante la vacunación? (abrazo ligero, tomar la mano, apoyar la cabeza)

Las siguientes preguntas a continuación determinarán si la persona que se va a vacunar es elegible para recibir la vacuna contra la influenza 2023-2024 FluMist (en la nariz). Las preguntas respondidas "Si" significan que la persona es elegible para la vacuna inyectable contra la influenza 2023-2024 o será diferida y no se le administrará la vacuna.

Si No ¿La persona que va a vacunarse tiene una afección nasal lo suficientemente grave como para dificultar la respiración?

Si No ¿La persona vacunada experimentó sibilancias en los últimos 12 meses?

Si No ¿La persona que se va a vacunar alguna vez tuvo una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la gripe, alergia al huevo u otra alergia potencialmente mortal?

Si No ¿La persona que se va a vacunar recibió alguna vacuna en las últimas 4 semanas? En caso afirmativo; Liste: _____

Si No ¿La persona vacunada ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal)?

Si No ¿La persona que va a vacunarse tiene una afección médica crónica, como asma, diabetes, enfermedades cardíacas, pulmonares o renales?

Si No La persona que se va a vacunar tiene contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunitario está gravemente comprometido y debe estar en un ambiente protegido, o aislado? (es decir, ¿alguien que recientemente haya tenido un trasplante de médula ósea?)

Si No La persona que se va a vacunar tiene

a) ¿Un canal abierto entre el líquido cefalorraquídeo (LCR) y la boca, la garganta, la nariz o el oído o cualquier otra fuga de LCR craneal?

b) ¿Un implante coclear?

c) ¿Condición inmunocomprometida debido a cualquier causa, como medicamentos, cáncer, infección por VIH, bazo faltante o que no funciona?

Si No ¿La persona que se va a vacunar recibe aspirina o medicamentos que contienen salicilatos diariamente?

Si No ¿La persona que se está vacunando actualmente toma medicamentos antivirales contra la influenza (Tamiflu) o ha tomado alguno en las últimas 3 semanas?

Si No ¿La persona que se va a vacunar está actualmente embarazada o tiene posibilidades de estar embarazada?

Me han ofrecido, leído o me han explicado la Declaración de información sobre la vacuna del 6/8/21 para la vacuna contra la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) solicitada(s) y solicito que la vacuna se administre a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud por parte del Departamento de Salud del Condado de Fond du Lac. Si la persona vacunada tiene menos de 9 años, este consentimiento autoriza la segunda dosis de la vacuna contra la influenza si está médicamente indicada. El consentimiento se puede revocar notificando al Departamento de Salud del Condado de Fond du Lac @ (920)929-3085.

Doy permiso para compartir los registros de vacunación de la persona vacunada, incluidos los proporcionados a la(s) escuela(s), con el Registro de vacunación de Wisconsin y mi proveedor de vacunación con el fin de mantener un registro completo y preciso para ayudar a garantizar la vacunación completa. Marque aquí si NO da su permiso para compartir :

Firma- Persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para firmar en nombre del paciente. X	Fecha de firma:
---	-----------------

DOSE #1 Date: _____
Medimmune MIST

GSK FluLaval IM: RD LD

Lot # TH2108

Lot # 7A5C3 / Lot# 2MA3K / Lot# 9739N

RN SIGNATURE: _____ RN

DOSE #2 Date _____
Medimmune MIST

GSK FluLaval IM: RD LD

Lot # TH2108

Lot # 7A5C3 / Lot# 2MA3K / Lot# 9739N

RN SIGNATURE: _____ RN