



Consentimiento de Inmunización



Antes de que su hijo/a pueda recibir la vacuna contra la influenza, debe leer esta hoja de información y responder las preguntas. Si desea que su hijo/a reciba la vacuna contra la influenza en Katy Trail Community Health, complete este formulario. Katy Trail Community Health mantendrá este cuestionario y cualquier otra información recopilada de manera confidencial. Como todas las vacunas existen riesgos asociados, por favor revise la hoja de información de vacunas adjunta. Como cualquier inmunización, no protege al 100% a los individuos vacunados.

Si el menor es elegible, las vacunas se ofrecen sin costo alguno a través de nuestro programa Vacunas para niños (VFC) o por medio del seguro de niño. Devuelva este formulario completado, junto con una copia de la parte de enfrente y la parte de atrás de la tarjeta del seguro médico del niño/a, a la enfermera de la escuela antes de la fecha de administración, el 3 de octubre al 13 de octubre del 2023 (la fecha depende de la escuela de su hijo/a)_____.

1) Por favor marque lo que se aplica a su hijo/a:

- él/ella no tiene seguro
- él/ella está inscrito en Medicaid
- él/ella tiene un seguro de responsabilidad civil y cubre esta vacuna.
- él/ella tiene seguro, pero no cubre estas vacunas
- él/ella es un Nativo de Alaska o Nativo Americano

2) **Katy Trail Community Health** ofrecerá las siguientes vacunas que no son necesarias para la participación escolar, pero que son recomendadas por los CDC (Centro para el control de enfermedades).

Vacuna contra la Influenza

3) Información del niño/a:

Nombre de niño/a: _____ # de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Genero al nacer (por favor circule uno) Masculino Femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Proveedor de atención primaria: _____

Guardián Primario:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Seguro Médico:

Nombre de la compañía de seguro: _____

Numero de póliza: _____ Numero de grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Número de teléfono de suscriptor: _____ Relación del suscriptor con el paciente: _____

4) POR FAVOR CIRCULE 'SI' O 'NO'

- Si No El niño/a es alérgico a los medicamentos, alimentos, huevos o vacunas.
- Si No El niño/a ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado.
- Si No El niño/a o uno de los miembros de su familia inmediata tienen convulsiones, problemas del nervio cerebral, trastorno hemorrágico (sangrado)
- Si No El niño/a tiene pulmonía crónica, asma, o ha tenido antecedentes de asma o sibilancias el año pasado.
- Si No Al niño/a le han diagnosticado con el síndrome de Guillan-Barre.
- Si No El niño/a tiene enfermedades del corazón, riñones, diabetes, u otra enfermedad crónica.
- Sí No El niño/a tiene cáncer, leucemia, SIDA u otro problema del sistema inmunológico
- Sí No El niño/a ha tomado cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer o ha necesitado rayos x en los últimos seis meses.
- Sí No El niño/a recibió una transfusión de sangre o hemoderivados o se le ha administrado un tratamiento inmunológico (gamma) globulina en las últimas seis semanas.
- Sí No El niño/a ha recibido inmunizaciones en las últimas cuatro semanas.
- Sí No El niño/a tiene actualmente fiebre o enfermedad respiratoria.

5) LEA Y FIRME ABAJO:

Me han entregado una copia y me han leído o me han explicado la información en la "Declaración(s) de información sobre vacunas" para la(s) enfermedad (s) y la(s) vacuna (s) que se administraran al niño/a. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) solicitada (s) y pido que la(s) vacuna(s) que son recomendadas sean aplicadas a la persona nombrada anteriormente para la cual estoy autorizado a firmar de conformidad con la Sección 431.058, RSMo para hacer esta solicitud. Al firmar a continuación, estoy reconociendo y aceptando que Katy Trail Community Health le facture a mi seguro médico por este servicio.

Firma del Padre/ Guardian: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso _____

Relación al Niño/a _____

Administration Information:

Child's Name _____

DOB: _____

Immunization	Date Given	Brand Name	Dose	Site/Route	Lot Number	Expiration Date	Adm. Initials
--------------	------------	------------	------	------------	------------	-----------------	---------------

Influenza							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

VIS Date: _____

Nurse: _____ School site: _____