

Formulario de consentimiento de las Escuelas Públicas del Condado de Howard para INYECTABLE SY 2018-19 - Clínica de la gripe

Por favor imprima claramente en tinta

Complete esto	APELLIDO del estudiante	NOMBRE del estudiante	M.I.	Fecha de nacimiento del estudiante	Edad	Sexo	Grado	
	APELLIDO del padre / tutor	NOMBRE del padre / tutor	M.I.	Teléfono celular / diurno				
	Dirección:				Dirección de correo electrónico			
	Ciudad	Código postal	Nombre de la escuela			Maestro / aula		
	El Nombre del Doctor				Dirección de Correo Electrónico del Doctor			

Complete esto	INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO: LLÉNELA COMPLETAMENTE Y CON EXACTITUD							
	Copie esta información de SU TARJETA DE SEGURO. Facturaremos a su seguro directamente. NO se le cobrará un copago o deducible.							
	Tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Seguro privado o asistencia médica <input type="checkbox"/> Mi hijo no tiene seguro de salud							
	(Su hijo no será rechazado si no tiene seguro)							
	Nombre de la compañía de seguros				Número de identificación de miembro (escriba en los cuadros siguientes)			
				Número de grupo				
PARA SEGURO PRIVADO SOLAMENTE.								
Nombre del titular / adulto asegurado		Relación con el estudiante		Fecha de nacimiento del adulto asegurado		Cualquier otro Nro. de la tarjeta del seguro		

Responda lo	1. ¿Alguno de los siguientes se aplica a su hijo? (Si responde Sí a alguna pregunta, es posible que su hijo no sea vacunado).	
	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido convulsiones en el pasado?	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barre? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene alergias graves a medicamentos, alimentos o látex? En caso afirmativo explicar: _____
	Si su hijo tiene menos de 9 años y no se ha vacunado antes, es posible que este año necesite una segunda vacuna contra la gripe. Consulte con su proveedor de atención médica para ver si su hijo necesita una segunda "dosis" de la vacuna.	
CONSENTIMIENTO PARA VACUNA(S) - DEBE FIRMAR AQUÍ PARA QUE SU NIÑO / A PUEDA VACUNARSE Al firmar este formulario, doy mi autorización para que mi hijo sea vacunado, se facture a mi compañía de seguros y se ingrese la vacuna en el registro de inmunización de ImmuNet, Maryland. Además, confirmo que: (1) La información anterior es correcta; (2) He leído la Declaración de Información sobre Vacunas actual o alguien me la ha leído; (3) Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna que he consentido que mi hijo reciba; y (4) Se han respondido todas las preguntas que tenía sobre la(s) vacuna(s).		
Firma del padre / tutor legal _____ Fecha: ____/____/____		

Si tiene alguna pregunta sobre la vacuna contra la gripe, comuníquese con el médico de su hijo o el departamento de salud o vaya a www.flu.gov.

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Date of Administration / VIS Given	Vaccine	Vaccine Manufacturer	Lot Number	PRINT Name of Vaccine Administrator