North Little Rock School District

2400 Willow Street • North Little Rock, Arkansas 72114 • (501) 771-8000 • www.nlrsd.org

Influenza

In compliance with the Family Education Right to Privacy Act (FERPA) (20 U.S.C.§ 1232g; 34 CFR Part 99),

I give permission for my child _____, _____, to participate in
First and Last Name DOB

the Influenza Vaccine Clinic.

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

Influenza (spanish)

En cumplimiento con la Ley de Derechos de la Familia sobre la Educación y Privacidad (FERPA siglas en inglés) (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Parte 99)

Yo, _____, doy permiso para que mi hijo, _____.
Nombre de Padre/Tutor

Nombre y Apellido participe en la Clínica de Vacunación Escolar contra la Influenza.

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____

DEPARTAMENTO DE SALUD DE ARKANSAS (ADH)
TEMPORADA DE INFLUENZA - FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA INMUNIZACIÓN

SOLO PARA USO DE ADH
Código clínico de ADH: _____ Fecha de servicio: _____ Número de AASIS: _____
Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Número de LEA: _____

1- Persona que recibe la vacuna:

Nombre legal: _____ Inicial intermedia: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ Edad: _____

Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____ Apartado de correos: _____ Número de apt.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Zip: _____

Raza:
Indígena estadounidense/nativo de Alaska ☐ Negra/Afroamericana ☐
Nativo de Hawái/Otras islas del pacífico ☐ Asiática ☐ Blanca ☐

Origen étnico:
Hispano/latino ☐
No hispano/latino ☐

Estado de seguro:

Nombre de la compañía de seguro: _____ ID del afiliado/Número de póliza: _____

Relación con el titular de la póliza: Yo mismo ☐ Cónyuge ☐ Otro ☐ (Si usted es el titular de la póliza, no está obligado a completar la sección a continuación.)

Información del titular de la póliza:

Nombre legal: _____ Inicial intermedia: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

2- **Autorización y asignación: Visite el sitio web** Current VISs | Vaccines & Immunizations | CDC (Hojas de información de la vacuna, VISs | Vacunas e inmunizaciones | Centros para el Control de Enfermedades, CDC) **para leer la Hoja de información de la vacuna contra la influenza vigente.**
   - He leído o me han explicado la Hoja de información de la vacuna para la Vacuna contra la influenza inactivada y entiendo los riesgos y beneficios.
   - Doy mi consentimiento a la Autoridad de salud de Arkansas (ADH) para vacunar a la persona mencionada anteriormente con la vacuna contra la gripe.
   - Confirmo que he reviso el Aviso de privacidad de ADH en www.healthy.arkansas.gov, el centro clínico o con este formulario.
   - Entiendo que la información de vacunación se incluirá en el Registro de inmunización de ADH.

Para la(s) compañía(s) aseguradora(s):
   - Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo(s) al seguro.
   - Autorizo y solicito el pago de beneficios médicos directamente a la ADH.
   - Acepto que la autorización cubrirá todos los servicios médicos prestados hasta que yo revoque dicha autorización.
   - Acepto que se pueda usar una fotocopia de este formulario en lugar del original.
   - Mi firma a continuación indica que acepto a la Sección 2: Autorización y asignación.

Firma del paciente/ padre/madre/tutor: _____ **Fecha:** _____

3- Historial médico: Responda las siguientes preguntas por la persona que recibirá la vacuna contra la gripe.

	Para el personal de la ADH: Si se marca SÍ y se requiere mayor orientación, notifique al CDNS regional.	**Sí**	**No**
1.	¿Tiene fiebre el día de hoy? (Si tiene fiebre el día de la clínica, podría impedirle recibir la vacuna contra la gripe.)	☐	☐
2.	¿Ha tenido alguna vez el síndrome Guillain-Barré (debilidad muscular intensa transitoria) en las 6 semanas antes de recibir la vacuna contra la gripe?	☐	☐
3.	¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna contra la gripe como dificultad para respirar, hinchazón de ojos o labios, sibilancias o náuseas o vómitos inmediatos?	☐	☐
4.	¿Tiene una alergia severa a alguna de los componentes de la vacuna contra la gripe, alimento o medicamento? (es decir, gelatina gentamicina o neomicina)	☐	☐
5.	¿Alguna vez se ha sentido mareado o como si fuera a desmayarse antes, durante o después de la inyección?	☐	☐
6.	¿Está ansioso/a hoy por ponerse la inyección?	☐	☐
7.	¿Está embarazada el día de hoy?	☐	☐
8.	Si está embarazada, ¿está recibiendo cuidado prenatal?	☐	☐

Para uso de la clínica escolar: Maestro de sala del niño _____

Atención:
Los niños desde los 6 meses hasta los 8 años pueden requerir una segunda dosis. Comuníquese con su proveedor de salud o su Unidad de salud local de ADH dentro de cuatro semanas para obtener más información.

Administración de la vacuna contra la gripe: A completar solo por el personal de ADH

Código de la inyección: 70: Trivalente (P-F) ≥ 6 meses ☐ 72: Trivalente (P-F) ≥ 65 años ☐

Vacuna contra la gripe: Vía intramuscular (IM): ☐

Código del centro: _____ Dosis en ml: _____ Código MFG: _____ Número de lote: _____

Códigos del lugar de inyección

Deltoides derecho (**RD**)	Pierna derecha (**RL**)
Deltoides izquierdo (**LD**)	Pierna izquierda (**LL**)

Códigos de fabricante

GlaxoSmithKline (**SKB**)	Sanofi (**PMC**)
MedImmune (**MED**)	Seqirus (**SEQ**)

Firma del administrador de la vacuna/cargo: _____

Fecha de administración de la vacuna: _____