



**Consentimiento de Vacunación Escolar de Influenza
SOLAMENTE VACUNA INYECTABLE – SKIIP 2018 – 2019**

Llene la forma por completo – campos obligatorios marcados con asterisco (*)

For school office use: Place sticker/stamp with school

Si usted quiere que se le administre la vacuna de influenza a su niño en la escuela, llene esta forma y ponga TODO EN MAYÚSCULAS, incluyendo la información completa de su seguro y devuélvala a la enfermera de la escuela antes de (fecha)

*Apellido Legal del Estudiante:		*Nombre Legal del Estudiante:		Inicial:	
*FDN: ____/____/____ Mes/ Día / Año		*Apellido de la Madre (de soltera):		*Nombre de la Madre:	
*Dirección Postal:		*Ciudad:		*Estado: NM *Zip:	
*Teléfono:		#ID Estudiante:		Nombre Maestra(o): _____ Grado: _____	
*Sexo: <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.		Raza: <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino	
INFORMACIÓN DE SEGURO – Marque la categoría apropiada – REQUERIDA*					
<input type="checkbox"/> Medicaid: Seleccione su Plan de Cuidado Centennial: <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Molina Healthcare <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Presbyterian <input type="checkbox"/> Otro: _____					
#ID tarjeta Centennial Care (Medicaid): _____		# ID Miembro : _____		Grupo #: _____	
<input type="checkbox"/> Sin Seguro					
<input type="checkbox"/> Seguro Privado/Comercial – Por favor mencione el nombre del seguro: _____ # Miembro de Seguro Médico/ Suscriptor: _____ Grupo #: _____					
PREGUNTAS DE EVALUACIÓN MÉDICA – REQUERIDA*					
Para padres/guardián: Si usted contesta ‘Sí’ a cualquiera de las preguntas 1-4, su niño <u>no</u> podría ser vacunado en la escuela. El personal de enfermería verificará la elegibilidad. SOLAMENTE VACUNA INYECTABLE estará disponible.				Sí	No
1. ¿Tiene su niño(a) una alergia severa a (dificultad a respirar, cara/labios hinchados, vómitos periódicos) huevos?					
2. ¿En el pasado, alguna vez su niño(a) ha tenido una reacción severa a la vacuna de influenza, o desarrollado el síndrome de Guillain-Barré (debilidad severa temporal de los músculos)?					
3. ¿Tiene su niño(a) hemofilia (un desorden severo de sangrado)?					
4. ¿Tiene su niño(a) alergias al látex? (En caso afirmativo, no se usarán guantes de látex.)					
5. ¿Este año, ha recibido su niño(a) la vacuna contra la influenza—desde agosto 2018? En caso afirmativo, fecha: _____					
6. ¿Ha recibido su niño(a) al menos dos dosis de la vacuna contra la influenza antes de julio 2018?					
CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN DEL NIÑO(A) EN LA ESCUELA – REQUERIDA*					
He leído o se me ha explicado la Declaración de Información de la Vacuna Inyectable Contra la Influenza. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y autorizo al niño(a) arriba mencionado a recibir la vacuna contra la influenza en la escuela. A menos que firme una declaración diciendo lo contrario, autorizo a que la información de vacunación sea entrada en el Sistema Estatal de Información de Vacunación de Nuevo México (NMSIIS) y que esté disponible a otros proveedores de la salud para evitar vacunaciones innecesarias o para averiguar historiales de vacunación. La Política Revisada de Privacidad de NDMOH está disponible en http://nmhealth.org/help/privacy/ y será ofrecida a todos los estudiantes cuando reciban la vacuna.					
Contactaré a la enfermera de la escuela para retirar esta autorización, en caso de que mi niño(a) sea vacunado(a) antes de la fecha de la clínica.					
*Firma (Padre/Guardián): _____				*Fecha: _____	
*Nombre en letra de molde (Pare/Guardián Legal): _____					
For Clinic Use Only/ PARA USO ÚNICO DE LA CLÍNICA – All data elements below are required*				CURRENT VIS Date: 8-7-2015	
Vaccine	Vaccine Admin. Date	Lot #	Site/ Route	Vaccine Expiration Date	
<input type="checkbox"/> IIV Flucelvax (Seqirus) <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> R Deltoid <input type="checkbox"/> L Deltoid <input type="checkbox"/> Other _____		
Vaccinator: _____ (Print Name & Title Name) (Signature) Preceptor name & credentials					
VIS Date given to parent/patient – Required* (Stamp or print)		VFC PIN #: (If applicable)		Notes:	
NMSIIS Data Entry:			TransactRx Data Entry:		

ENTRADA DE VACUNAS ADMINISTRADAS SON REQUERIDAS EN NMSIIS. PARA ALCANCE NMDOH: La información tiene que ser entrada en TransactRx dentro de 30 días del día de servicio. Esta forma fue diseñada por las oficinas de salud pública NM DOH para su uso únicamente. NMDOH no es responsable de la entrada de datos o administración de la vacuna de entidades de salud externas y expresa que no es responsable de cualquier error asociado como resultado de la utilización de esta forma.