



Public Health
Solutions

Public Health Solutions Evaluación de Vacuna de la Influenza/Formulario de Autorización 2024-2025

Las preguntas a continuación se utilizarán para decidir si usted o su hijo deben recibir la vacuna inyectable inactiva contra la influenza. Responder "sí" a cualquier pregunta no significa que usted o su hijo no puedan vacunarse contra la influenza hoy. Significa que se le harán más preguntas.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sex: Mujer Male

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____ Escuela: _____

Seguro (ADJUNTAR COPIA) Medicaid/Managed Care (ADJUNTAR COPIA) No seguro

PREGUNTAS DE DETECCIÓN: Adult/Padre/tutor: Por favor responda **TODAS** las preguntas con **SI** o **NO**. Si este formulario no es completado, firmado y devuelto a la escuela en o antes de la fecha de la clínica, la vacuna **NO SERA** administrada.

- | | |
|--|---------|
| 1. ¿Esta enferma la persona que recibe la vacuna hoy? | Si / No |
| 2. ¿La persona que recibe la vacuna es alérgica a algún ingrediente de la vacuna contra la gripe? | Si / No |
| 3. ¿La persona que se va a vacunar alguna vez a tenido una reacción grave a la vacuna contra la influenza? | Si / No |
| 4. ¿La persona que recibe la vacuna ha tenido alguna vez Guillain Barré syndrome? | Si / No |

Autorización:

- Me han dado una copia de la declaración informativa sobre la vacuna contra la influenza 2024-2025 (VIS), y he leído y/o me han leído la información sobre la vacuna inactivada contra la influenza.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me han respondido de una manera que puedo entender.
- Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna y pido que la vacuna contra la influenza se me administre a mí o a la persona nombrada anteriormente para la cual puedo dar permiso legalmente.
- Entiendo y acepto que Public Health Solutions y la escuela no son responsables de ninguna reacción inesperada que pueda ocurrir.
- Entiendo y acepto que es mi responsabilidad obtener atención médica para mí o para mi hijo si ocurre una reacción inesperada o alérgica.

Firma: _____ Fecha: _____

Paciente/Padre/Tutor

OFFICE USE ONLY

Nurse Signature: _____

Please attach vaccine information sticker and sign form.