



**FORMULARIO DE DETECCIÓN  
CONSENTIMIENTO Y ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA CONTRA  
LA INFLUENZA 2023-2024**



**Salud Pública para NIÑOS 6 meses - 18 años de edad**

**Versión en español** Rev 8/9/2023

**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ meses o \_\_\_\_\_ años      Círcule → Masculino o Femenino

Nombre de los padres o guardian: \_\_\_\_\_ Teléfono de horas de oficina: \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de la madre del niño: \_\_\_\_\_

**CIRCULE la línea que describe este niño/a:**

- Tiene Medicaid # \_\_\_\_\_ (*escriba el numero o muestre la tarjeta de Medicaid al personal*)
- No tiene ninguna aseguranza médica.
- Tiene aseguranza medica pero NO CUBRE para las vacunas contra la gripe ***Dar una copia de la tarjeta de aseguranza***
- Es Indio Americano o Nativo de Alaska
- Tiene Blue Cross/Blue Shield/o Aetna que pagará por la vacuna. ***Dar una copia de la tarjeta***
- Tenemos otra aseguranza que pagará por la vacuna. Estoy de acuerdo que pagaré en efectivo o con cheque.

Existencias de VFC -no hay cargo para la vacuna

Existencias PRIVADAS

(Círcule →) Privado o VFC (Círcule →) (6 meses-19 años) vacuna inyectable o aerosol nasal (2-19 años)

Pago \$ \_\_\_\_\_ (círcule-)Efectivo o Cheque# \_\_\_\_\_ Recibo hecho por: \_\_\_\_\_ (iniciales)

**Estoy de acuerdo con lo siguiente:**

1. Estoy de acuerdo que una factura será mandada a mi seguro. Si mi compañía de seguros no paga por el total, estoy de acuerdo en pagar la diferencia.
2. He leído o visto una copia de la hoja de información sobre la vacuna y se me ha explicado la información.
3. Acepto la responsabilidad de buscar atención medica en caso de algún problema con esta vacuna.
4. Este/a niño/a no tiene alergia severa a vacunas previas contra la gripe, o ha tenido ninguna reacción de alergias mortales, y no tiene fiebre, o otros síntomas de enfermedad grave.
5. Si mi hijo/a tiene entre 6 meses y 8 años, quizás necesitará una segunda dosis después de 4 semanas. Estoy de acuerdo en traer a mi hijo/a a la clínica otra vez después de 4 semanas o más si él/ella necesita una segunda dosis de la vacuna para tener protección contra la gripe.

**Si requiere un spray-nasal contra la gripe:y responde “si” alas siguientes preguntas su hijo/a no es legible para la vacuna.**

- \*Recibió alguna vacuna en las últimas 4-semanas? Si o No/Explique: \_\_\_\_\_
- \*Ha tomado algun medicamento para la gripe como Tamiflu o Relenza en las últimas 48 horas? Si o No/Explique: \_\_\_\_\_
- \*El niño/a esta tomando aspirina como terapia a largo plazo? Si o No/Explique: \_\_\_\_\_
- \*Tiene un Sistema inmunológico débil, como VIH, quimioterapia o esteroides diarios? Si o No/Explique: \_\_\_\_\_
- \*Está o sospecha estar embarazada? Si o No: \_\_\_\_\_
- \*Tiene contacto cercano con una persona que tiene un Sistema inmunológico debil? Si o No/Explique: \_\_\_\_\_
- \*El niño/a tiene 2 o 4 años de edad con antecedents de asma, o silvido en el pecho en los últimos 12-meses o tiene 5 años o más y tiene asma. Si o No:
- \*Tiene problemas de salud medica en las siguientes areas como, Corazon, pulmones, riñones, hígado, neurológico, o desorden neuromuscular? Si o No

**Firmar para dar su Consentimiento para que el niño/a reciba la vacuna:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE BELOW** \*\*\*\*\*

Immunization Date	Manufacturer/Brand//Lot (ok to use sticker)	Circle route, dose & site	Flu Mist nasal spray:	Vaccinator Signature
		0.25 ml IM      0.5 ml IM  L or R  Arm or thigh	0.2 ml (1/2 dose into each nostril)	

Entered into IRIS by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Dose #2 Entered into IRIS by \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_