



**Public Health Solutions Evaluación de Vacuna de la Influenza/Formulario de Autorización 2023-2024**

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 2023-2024 (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.