

Formulario anual de nódice de vacuna contrala influenza C-FLU SHOT (formulario para niños)**Sección 1: Información sobre el niño que recibirá la vacuna (por favor imprima)**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Último)		(Primero)	(M.I.)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE month day año	
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL (Último)		(Primero)	(M.I.)	EDAD DEL ESTUDIANTE	GÉNERO DEL ESTUDIANTE M/F
DIRECCIÓN				NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO DE LOS PADRES/TUTORES:	
CIUDAD	ESTADO	CREMALLERA			
NOMBRE DEL MÉDICO DEL ESTUDIANTE (último, primero)					
NOMBRE DE LA ESCUELA		HOMEROOM NOMBRE DEL PROFESOR		GRADO	
Nombre del seguro de salud		Identificación del seguro #		Nombre del titular de la póliza	
Seguro BIN #		Grupo Asegurador #		DOB del titular de la póliza	

Sección 2: Detección de elegibilidad para la vacuna

¿Alguna vez su hijo fue vacunado con la vacuna contra la influenza estacional? SÍ NO

Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si su hijo puede recibir la vacuna contra la influenza estacional. Si responde "NO" a las tres preguntas siguientes, es probable que su hijo pueda vacunarse contra la influenza. Si responde "SÍ" a una o más de las siguientes tres preguntas, es posible que su hijo pueda vacunarse contra la influenza estacional, o bien hable con un profesional de la salud antes.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo tiene una alergia grave a los huevos?		
2. ¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la gripe?		
3. ¿Alguna vez su hijo ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal) dentro de las 6 semanas posteriores a recibir la vacuna contra la gripe?		
4. Si su hijo está enfermo el día de la clínica, no puede recibir la vacuna.		

Sección 3: Consentimiento**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO:**

He leído o me han explicado la Declaración de información sobre la vacuna contra la influenza estacional y entiendo los riesgos y beneficios. **Haga que su hijo traiga este formulario de consentimiento** a la escuela al **finalizar**.

DOY MI CONSENTIMIENTO a Wayland Village Pharmacy y su personal para que mi hijo nombrado en la parte superior de este formulario sea vacunado con esta vacuna. (Si este formulario de consentimiento no está firmado, entoncessu hijo no será vacunado)

Firma del Padre/Tutor Legal _____

Fecha: month_____day_____year_____

Sección 5: Registro de vacunación

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Vacuna	Ruta	Fecha dosis administrada	Fabricante de la vacuna	Número delote / Vencimiento	Nombre y título del administrador de la vacuna
Influenza (Afluria)	IM Deltoide ☐ L / ☐ R	10/14/2026	Seqirus	☐ 418649/ 06-11-2027 (Dosis única)	☐ Joseph Romph Farmacéutico ☐ Andy Mai Farmacéutico ☐ Chris Birman Farmacéutico