



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

SPANISH VERSION
Formulario de revisión, consentimiento y administración
Public Health CHILD 6 months-18 years
2023-2024 FLU VACCINES
SCREENING, CONSENT & ADMINISTRATION FORM

Rev 8/9/2023



Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Direccion: _____ 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 _____

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 medica.
- 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 or Spray 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, higado, neurológico, o desorden

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 _____