city of Columbia
Columbia/Boone County Public Health & Human Services

Columbia/Boone County Public Health & Human Services
1005 W. Worley, Columbia, MO 65203
Phone: 573-874-7356

2024 Consentimiento de vacuna contra la Influenza "Gripe" - Ofrecido por la escuela

Hay que rellenar el formulario completamente. Si no rellene UD. este formulario completamente y no lo devuelva a la escuela, su hijo(a) no será vacunado.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE QUE RECIBIRÁ LA VACUNA (POR FAVOR-Escriba en letra imprenta)

Nombre de estudiante (Apellido)	(Nombre)	(2º Nombre)	**Fecha de Nacimiento** **mes**_____ **día**_____ **año** _____	
Nombre de escuela/grado/maestro(a)			**Edad de estudiante**	**Sexo de estudiante** ❑ Masculino ❑ Femenino
¿Tiene el/la estudiante seguro de salud?: ❑ **Sí** ❑ **No** ❑ **Asegurado(a) por MEDICAID (MO HEALTHNET)**			**Número de estudiante**	
Dirección de estudiante				
Ciudad	**Estado**	**Código Postal**	**Número(s) telefónico(s) del padre/madre/guardián:**	
Nombre del padre/madre/guardián(Apellido)	(Nombre)	2º Nombre.)	**Dirección del padre/madre/guardián**(Opcional)	

SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE ELEGIBILIDAD

	SÍ	NO
1. ¿Es su hijo(a) alérgico(a) severamente a los huevos?	☐	☐
2. ¿Tiene su hijo(a) cualquier otra alergia severa? Por favor liste:_____	☐	☐
3. ¿Ha tenido alguna reacción sería a la vacuna de la gripe o a un componente en la vacuna?	☐	☐
4. ¿Ha padecido su hijo(a) del síndrome de Guillian-Barré (severa debilidad muscular temporal) dentro de 6 meses de recibir la vacuna contra la influenza "gripe"?	☐	☐

SECCIÓN 3: INFORMACION SOBRE LA VACUNA

La vacuna contra la gripe inyectable es el único tipo de vacuna contra la gripe que se ofrecerá.

--- FIRMA ABAJO: NO SE DARÁ LA VACUNA SIN LA FIRMA DEL PADRE/MADRE/O GUARDIÁN---

SECCIÓN 5: DECLARACION DE AUTORIZACIÓN

DOY CONSENTIMIENTO al Departamento de Salud pública y servicios humanos de Columbia/condado de Boone y a sus empleados para administrar la vacuna 2024 contra la gripe/influenza. Entiendo que se de un declaración de información sobre vacuna para 2024 en el momento de la vacunación, y puedo acceder al la declaración en www.immunize.org/vspanish_flu_inactive.pdf

Firma del padre/madre/guardián _____ **Fecha: mes**_____**día**_____**año**_____ ☐

SECCIÓN 6: REGISTRO DE VACUNA – PARA USO OFICIAL SOLAMENTE:

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dosage	VIS Given	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2024 Influenza	/ /	❑ IM RD LD	❑ 0.5cc	❑ IIV4 Date:			