

Estimado padre/tutor:

Las vacunas contra la gripe están a punto de llegar a la escuela de su hijo/a. Se le ofrecerán sin costo alguno para usted. Si usted tiene seguro, se le cobrará a su compañía de seguros. **NO se le cobrará ningún copago ni deducible.**

Si desea que se vacune a su hijo/a, a más tardar el 25 de Septiembre:

LLENE UN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EN LÍNEA EN:

www.vaccineconsent.com

O

LLENE UN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO IMPRESO

1. Lea la hoja informativa sobre la vacuna (VIS), la cual se puede encontrar en <https://tinyurl.com/SpanishVIS2019> o en el consultorio de enfermería de su escuela.
2. Llene y entregue el formulario que se encuentra al respaldo de esta carta. Asegúrese de:
 - Llene cada sección y escriba claramente con tinta.
 - Use su tarjeta de seguro para llenar la información de su seguro. A su hijo/a lo vacunarán aún si no tiene seguro.
 - Entregue el formulario de consentimiento **a más tardar el 25 de Septiembre**.

Cada año, millones de personas se enferman y muchas mueren de gripe. Las vacunas son una de las mejores maneras de ayudar a mantener sana a su familia, tanto en la escuela como en el trabajo.

Una vez más, trabajaremos con el departamento de salud y la Maryland Partnership for Prevention (MPP) para ofrecer vacunas contra la gripe. La clínica en la escuela de su hijo/a se llevará a cabo en Octubre. Le enviaremos un aviso a su casa el día que haya sido vacunado/a.

Esperamos que se sume a nuestra lucha contra la gripe. ¡Esperamos poder prevenir la gripe con usted!

Atentamente,

Maryland Partnership for Prevention y escuelas públicas del condado de Harford

Dé la vuelta para ver el formulario de consentimiento



Formulario de consentimiento de las escuelas públicas del condado de Harford para la vacuna INJECTABLE contra la gripe del año escolar 2019-20

Por favor, escriba claramente con tinta

Llene esta sección	APELLIDO del estudiante	NOMBRE del estudiante	M.I.	F. de nac. del estudiante	Edad	Sexo	Grado
				/ /		F M Otro	
	APELLIDO del padre/tutor	NOMBRE del padre/tutor	M.I.	Celular / teléfono diurno			
	Dirección			Dirección de correo electrónico			
Ciudad	Código postal			Nombre de la escuela Maestro/Aula			

INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD - POR FAVOR, LLENE POR COMPLETO Y CON PRECISIÓN

Copie esta información de SU TARJETA DE SEGURO. Facturaremos a su compañía de seguros. **NO se le cobrará** ningún copago ni deducible.

Tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Asistencia médica <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Mi hijo/a no tiene seguro médico (No se rechazará a su hijo/a por no tener seguro)											
Nombre de la compañía de seguros						Número de identidad de miembro (escriba en las casillas de abajo)					
						Número de grupo					
SOLO PARA EL SEGURO PRIVADO											
Nombre del titular de la póliza o del adulto asegurado			Vínculo con el estudiante			F. de nacimiento del adulto asegurado			Cualquier otro # de tarjeta de seguro		
						/ /					

1. ¿Alguno de los siguientes puntos se aplica a su hijo/a? (Si responde SÍ a cualquier pregunta, es posible que no se vacune a su hijo/a).

Sí	No		Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido una reacción grave a una vacuna contra la gripe en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido el síndrome de Guillain-Barré?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene alergia a algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene alergias graves a algún medicamento, alimento o látex?
Si la respuesta es "sí", explique: _____					

Si su hijo/a es menor de 9 años y no se ha vacunado contra la gripe antes, es posible que necesite una segunda vacuna contra la gripe este año. Por favor, consulte con su proveedor de atención médica para ver si su hijo/a necesita una segunda "dosis" de la vacuna.

Si tiene alguna pregunta sobre la vacuna contra la gripe, comuníquese con el médico de su hijo/a o con el departamento de salud o visite www.flu.gov.

CONSENTIMIENTO PARA LA(S) VACUNA(S) – USTED DEBE FIRMAR AQUÍ PARA QUE SE VACUNE A SU HIJO/A

Al firmar este formulario, doy permiso para que se vacune a mi hijo/a, para que mi compañía de seguros sea facturada por el servicio, para que la vacuna sea ingresada en ImmuNet y en el registro de inmunizaciones de Maryland. Además, estoy de acuerdo que:

- (1) La información anterior es correcta; (2) He leído la hoja informativa sobre la vacuna con fecha de 8/7/15 o alguien me la ha leído;
- (3) Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna que he autorizado que mi hijo/a reciba; y
- (4) Se han contestado todas las preguntas que tenía sobre la(s) vacuna(s);

Firma del padre / tutor legal _____

Fecha: ____ / ____ / ____

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Fecha de administración / VIS entregada	Vacuna	Fabricante de la vacuna	Número de lote	ESCRIBA CLARAMENTE el nombre del administrador de la vacuna