

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE O LA MADRE PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE**SOLO PARA  
USO CLÍNICOSchool  
District IDSchool  
Name**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (escriba en tinta negra)**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE		MI	APELLIDO DEL ESTUDIANTE		EDAD	GRADO
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		ESCUELA		MAESTRO DE AULA
RAZA <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico			ORIGEN ÉTNICO <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino			
DOMICILIO			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR		APELLIDO DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR		TELÉFONO CELULAR DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR ( ) -		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR				TELÉFONO DEL DOMICILIO DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR ( ) -		

**INFORMACIÓN DEL SEGURO (complete todas las casillas)**

¿Su hijo/a tiene SC Medicaid? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Si la respuesta es "SÍ", indique el núm. de identificación de SC Medicaid:
¿Su hijo/a tiene un seguro médico? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Si la respuesta es "SÍ", ¿el seguro cubre la vacuna contra la gripe? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

**PREGUNTAS DE DETECCIÓN SOBRE LA VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE (responda todas las preguntas)**

1. ¿Su hijo/a ha tenido alguna vez una <u>reacción grave</u> a los huevos <b>O</b> una reacción grave a una vacuna antigripal anterior que le haya causado alguno de los siguientes síntomas: sibilancia, dificultad para respirar, urticaria y comezón en todo el cuerpo, hinchazón en la boca o en la garganta, presión arterial muy baja o choque?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo/a ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (un trastorno poco frecuente de debilidad muscular temporal y parálisis grave)?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
<b>Si respondió "SÍ" a una de las preguntas 1 o 2, su hijo/a no puede recibir la vacuna contra la gripe estacional 2021-2022 en la escuela. Comuníquese con el/la médico/a de cabecera de su hijo/a.</b>		
3. ¿A su hijo/a se le ha administrado alguna vacuna en los últimos 30 días? Si la respuesta es "SÍ", indique: Nombre de la vacuna: _____ Fecha de administración: _____	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo/a tiene alguna de las siguientes enfermedades: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad del metabolismo), o alguna enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones, del hígado, de los nervios o de la sangre (incluida la anemia), o tiene un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo, o no tiene bazo?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
5. ¿Su hijo/a toma aspirina o algún medicamento que contenga aspirina todos los días?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
6. ¿Su hijo/a tiene un sistema inmunológico débil? (Por ejemplo, tratamiento contra el cáncer o el VIH/SIDA, o toma medicamentos como los esteroides que pueden debilitar el sistema inmunológico)	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
7. ¿Su hija está embarazada? (Hable sobre esto con su hija para verificarlo)	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
8. ¿Su hijo/a tiene contacto estrecho con una persona que necesita de cuidados en un entorno protegido? (Por ejemplo, una persona que esté en una unidad de trasplante de médula ósea)	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
9. Si su hijo/a tiene entre 2 y 4 años, ¿ha tenido algún episodio de sibilancias en los últimos 12 meses?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
10. Su hijo/a recibió recientemente alguno de los siguientes medicamentos antivirales en los períodos de tiempo especificados a continuación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• oseltamivir o zanamivir en las últimas 48 horas;</li> <li>• peramivir en los últimos 5 días;</li> <li>• baloxavir en los últimos 17 días.</li> </ul>	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>

Si respondió "SÍ" a **una** de las preguntas 3 a 10, su hijo/a no puede recibir la vacuna contra la gripe en atomizador nasal.  
Recibirá una inyección antigripal.

Si respondió "NO" a las preguntas 3 a 10, seleccione la vacuna que prefiera para su hijo/a:

- Inyección antigripal (vacuna inactivada tetravalente contra la gripe {IIV4})  
 Atomizador nasal (vacuna contra la gripe con virus vivos atenuados {LAIV})

Responda si su hijo/a tiene menos de 9 años:

¿Su hijo/a ha recibido al menos dos dosis de la vacuna contra la gripe antes del 1 de julio de 2021? Si la respuesta es "NO" o no está seguro, podría necesitar 2 dosis de la vacuna antigripal esta temporada.

NO  SÍ  NO ESTOY SEGURO

**DEBE FIRMAR EN LA PÁGINA SIGUIENTE PARA QUE EL CONSENTIMIENTO SEA ACEPTADO**

## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Al firmar abajo, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información personal de salud de mi hijo/a para fines de salud pública y evaluación del programa. El Aviso de privacidad del DHEC se puede encontrar en el siguiente enlace: <http://www.scdhec.gov/sites/default/files/Library/ML-025046.pdf> o se puede proporcionar una copia del aviso en caso de solicitarse.

Si corresponde, al firmar abajo, solicito que se realice el pago de los beneficios de Medicaid en mi nombre al DHEC por cualquier servicio prestado a mi hijo/a. Doy permiso al DHEC para que intercambie la información médica u otra información confidencial de mi hijo/a según sea necesario a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), sus agentes u otros agentes necesarios para determinar los beneficios relacionados con la prestación del servicio. Estoy de acuerdo en participar de los planes de tratamiento y en la asignación de los beneficios de Medicaid al DHEC por los servicios prestados.

**Autorización para la vacunación:** Solicito voluntariamente al DHEC que administre la vacuna contra la gripe estacional a mi hijo/a mencionado/a anteriormente, y doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba la vacuna contra la gripe estacional en la escuela, que será administrada por el personal del DHEC. He leído y respondido las preguntas de la página anterior con cuidado y precisión, y entiendo que la información incorrecta podría causar graves riesgos a mi hijo/a. Entiendo que la vacuna se administrará de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) y a las respuestas que he dado a las preguntas de detección 1 a 9 en la página anterior. He leído la declaración de información sobre las vacunas contra la gripe: Inyección antigripal: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis-vis-statements/flu.pdf> o atomizador nasal: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis-vis-statements/flu-live.pdf>. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna.

Entiendo los riesgos y los beneficios de la vacuna. Además, doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba una segunda dosis de la vacuna contra la gripe estacional, administrada por el DHEC, en una clínica escolar, si mi hijo es menor de 9 años y si los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) de los Estados Unidos recomiendan una segunda dosis. En caso de exposición ocupacional, y si se considera necesario, doy mi consentimiento para que mi hijo/a se someta a un análisis de sangre para la seguridad del niño y del empleado. Entiendo que se le comunicará al Registro de Vacunación de Carolina del Sur sobre la información de mi hijo/a con fines de salud pública. Tengo la autoridad legal, según mi relación con la persona indicada anteriormente, para dar mi consentimiento para la administración de esta vacuna.

<b>FIRMA DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR LEGAL</b>	<b>FECHA</b> /        /
--	-------------------------

### DETALLES DE LA VACUNACIÓN (Influenza V04.81) SOLO PARA USO CLÍNICO – ESCRIBA EN TINTA NEGRA

<b>FIRST DOSE</b>	<b>VACCINE</b> <input type="checkbox"/> IIV4 <input type="checkbox"/> LAIV	<b>ELIGIBILITY</b> <input type="checkbox"/> VFC MEDICAID <input type="checkbox"/> VFC AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> VFC UNINSURED (NO INSURANCE) <input type="checkbox"/> STATE UNDERINSURED <input type="checkbox"/> STATE INSURED		
	<b>VIS DATE</b> 08/06/2021	<b>MANUFACTURER:</b> <input type="checkbox"/> GLAXOSMITHKLINE <input type="checkbox"/> ASTRA ZENECA <input type="checkbox"/> SANOFI PASTEUR	<b>SITE OF ADMINISTRATION</b> <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Other _____	
		<b>LOT NUMBER</b>		
	<b>NURSE SIGNATURE</b>	Nurse: I hereby attest by signature below that the patient (or guardian of patient) in question has been given the Influenza Vaccine Information Sheets and has given written consent for vaccination.	<b>DATE</b> /        /	
			<b>ECODE</b>	<b>COUNTY CODE</b>
	<b>PATIENT'S/STUDENT'S ASSIGNED CLASSROOM TEACHER SIGNATURE</b>	Teacher: I hereby attest by signature below that the identity of the patient in question has been verified.	<b>DATE</b> /        /	
<input type="checkbox"/> "What to Know After..." given to student <input type="checkbox"/> Unable to vaccinate due to _____ "Unable to Vaccinate" form given to student/school.				

<b>SECOND DOSE</b>	<b>VACCINE</b> <input type="checkbox"/> IIV4 <input type="checkbox"/> LAIV	<b>ELIGIBILITY</b> <input type="checkbox"/> VFC MEDICAID <input type="checkbox"/> VFC AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> VFC UNINSURED (NO INSURANCE) <input type="checkbox"/> STATE UNDERINSURED <input type="checkbox"/> STATE INSURED		
	<b>VIS DATE</b> 08/06/2021	<b>MANUFACTURER:</b> <input type="checkbox"/> GLAXOSMITHKLINE <input type="checkbox"/> ASTRA ZENECA <input type="checkbox"/> SANOFI PASTEUR	<b>SITE OF ADMINISTRATION</b> <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Other _____	
		<b>LOT NUMBER</b>		
	<b>NURSE SIGNATURE</b>	Nurse: I hereby attest by signature below that the patient (or guardian of patient) in question has been given the Influenza Vaccine Information Sheets and has given written consent for vaccination.	<b>DATE</b> /        /	
			<b>ECODE</b>	<b>COUNTY CODE</b>
	<b>PATIENT'S/STUDENT'S ASSIGNED CLASSROOM TEACHER SIGNATURE</b>	Teacher: I hereby attest by signature below that the identity of the patient in question has been verified.	<b>DATE</b> /        /	
<input type="checkbox"/> "What to Know After..." given to student <input type="checkbox"/> Unable to vaccinate due to _____ "Unable to Vaccinate" form given to student/school.				

**Notes:**

---



---



---

<b>PRE-CLINIC SCREENING- FOR CLINIC USE ONLY</b>	<b>STUDENT NAME</b>
FIRST DOSE ELIGIBILITY: <input type="checkbox"/> VFC MEDICAID <input type="checkbox"/> VFC AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> VFC UNINSURED (NO INSURANCE) <input type="checkbox"/> STATE UNDERINSURED <input type="checkbox"/> STATE INSURED	
SECOND DOSE NEEDED? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	<b>MCI Number</b>
SECOND DOSE ELIGIBILITY: <input type="checkbox"/> VFC – MEDICAID <input type="checkbox"/> VFC AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> VFC UNINSURED (NO INSURANCE) <input type="checkbox"/> STATE UNDERINSURED <input type="checkbox"/> STATE INSURED	<b>Date of Birth</b> /        /