

FORMULARIO DE SALUD Y ENCUESTA – Vacuna contra Gripe

NPI 1427358647-001

(rev. 10/2/2012)

Foxcroft Academy

Por favor contesta las siguientes preguntas sobre la persona quien va recibir la vacuna. Esto nos informara quien puede recibir la vacuna en el medio ambiente de las escuelas.

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Calle:	Ciudad:	Teléfono:
Grado:	Maestro:	

Sí NO

1) ¿Acaso esta persona tiene alergia contra huevos, pollo, gentamicina u arganine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ¿Acaso esta persona ha tenido una reacción seria y medica debido a vacunas en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿Acaso esta persona ha sufrido el Síndrome Guillain-Barre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usted contesto que “sí” a cualquiera de las preguntas anteriores, esta persona no puede recibir una vacuna contra gripe en la clínica de la escuela. Por favor comunice con su proveedor de salud medica en vez.

4) ¿Acaso esta persona tiene asma, diabetes, enfermedad de los pulmones, enfermedad del corazón, problemas de los riñones, desorden de la sangre, enfermedad del sistema de inmunización, u toma aspirina o terapias que oprimen el sistema de inmunización?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Esta persona recibió otras vacunas en las 4 semanas pasadas? Incluye la fecha y tipo de vacuna que recibió, por favor. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ¿Acaso esta persona tiene un sistema de inmunización débil o ha estado cerca de alguien con un sistema de inmunización débil como alguien con cáncer, SIDA, o es que esta personal esta tomando medicinas como esteroides o los que se usan para curar cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ¿Acaso este individuo esta embarazada u dando leche a su nene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ¿Esta persona tiene seguro medico de MaineCare (Medicaid)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) ¿Acaso la persona es un Indígena de Estados Unidos o de Alaska?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) ¿Acaso el seguro medico de esta persona no paga por la vacuna contra gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) ¿Acaso esta persona no tiene seguro medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12a) Proveedor de cuidado medico:	12b) numero de teléfono de tal proveedor:	

13) Compañía de seguro medico (si hay) y numero de identificación:

Sí NO

14) Yo doy permiso para que el archivo de esta vacuna se use para mandar la cuenta a MaineCare o un seguro privado por el cobro de proveer esta vacuna y quedo en acuerdo permitir que se ponga esta información en el registro ImmPact2 que estará disponible a proveedores médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

15) Me dieron una copia de la declaración de información sobre la Vacuna Contra Gripe 2010. Lo he leído o se me fue explicado. Yo comprendo los beneficios y riesgos **y pido que se ponga esta vacuna a esta persona**. Y comprendo que si yo firmo lo siguiente, yo estoy dando permiso por mi parte o mi hijo o el niño de quien soy guardia legal para que reciban la vacuna mas apropiada como decide el proveedor de salud dando la vacuna.

X _____
 Firma de persona recibiendo la vacuna o del padre u guardia legal si se trata de menor de edad
 Nombre de Padre u Guardia (por favor en letras de molde): _____
 Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICIAN SOLAMENTE:

Fecha de Dosis Administrada	Vacuna	Vacuna hecho por	Numero de Lote	Dosis Volumen	Firma y Titulo de Proveedor de Vacuna de Escuela	Sitio en cuerpo	Ruta
/ /							<input type="checkbox"/> por sangre <input type="checkbox"/> por nariz