

# EVALUACIÓN DE LA VACUNA PARA LA INFLUENZA Y FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE CULVER CITY 2011-12

*Gente sana de 2 años de edad hasta 49 años de edad son elegibles para recibir la vacuna nasal para la influenza en forma de aerosol. Personas mayores de 50 años solamente son elegibles para recibir la vacuna inactiva contra la influenza en forma de inyección.*

<b>Escriba el nombre de la persona que va recibir la vacuna</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Edad</b>
Localización: OCD EM ER FA LB LH CP MS HS DO Grado_____ Salón_____ Maestro/a_____		

**Parte A – INFORMACION SOBRE LA SALUD:**

- La persona que va ser vacunada tiene algunos de las siguientes condiciones de salud?  **SÍ** (marque todos lo que apliquen)  **NO**
- \_\_\_\_\_ Asma (severa o con medicación)
  - \_\_\_\_\_ Enfermedad del Corazón
  - \_\_\_\_\_ Enfermedad Pulmonar
  - \_\_\_\_\_ Enfermedad de los Riñones o del Hígado
  - \_\_\_\_\_ Enfermedad Metabólica (incluyendo Diabetes)
  - \_\_\_\_\_ Enfermedades Sanguíneas (incluyendo Anemia, Células Falciformes, Hemofilia, etc.)
  - \_\_\_\_\_ Debilitamiento del Sistema Inmunológico (Terapia de esteroides, bajo el tratamiento para el Cáncer, VIH- Virus de inmunodeficiencia humana, etc.)
  - \_\_\_\_\_ ¿Vive con alguien o espera tener contacto cercano con una persona que tenga debilidad en su sistema inmune y necesita estar en un ambiente protector?
  - \_\_\_\_\_ Problema muscular o del sistema nervioso (convulsiones, Distrofia Muscular (DM), Parálisis Cerebral, etc.)
  - \_\_\_\_\_ Personas bajo la edad de 18 años tomando un tratamiento de Aspirina por largo termino
  - \_\_\_\_\_ En las 4 últimas semanas recibieron la vacuna triple vírica (MMR), Varicela, o la vacuna activa contra la gripe

*Si usted marco "SI" a cualquier condición de salud anotada en la parte de arriba, solamente la inyección de la vacuna inactiva de la influenza será administrada.*

- ¿La persona que va ser vacunada:
- \_\_\_\_\_ está actualmente embarazada o amamantando?  **SÍ**  **NO**
  - \_\_\_\_\_ tiene alergia severa a los huevos o a látex?  **SÍ**  **NO**
  - \_\_\_\_\_ ha tenido una reacción fuerte anteriormente cuando fue vacunado/a contra la influenza?  **SÍ**  **NO**
  - \_\_\_\_\_ tiene una historia del Síndrome Guillain-Barré?  **SÍ**  **NO**

*Si usted marco "SI" a una de las cuatro preguntas en la parte de arriba, no se le podrá administrar la vacuna Fluarix para la influenza. Es posible que pueda recibir otra vacuna de la influenza. Por favor consulte con su medico.*

**Parte B – HISTORIA SOBRE LA VACUNA INFLUENZA: (Solamente si la persona siendo vacunada tiene menos de 9 años de edad)**

¿Su hijo/a con menos de 9 años de edad fue vacunado/a contra la influenza el año pasado?  **SÍ\***  **NO**

\***Si contesto "SI"** ¿Cuántas dosis de la vacuna influenza recibió su hijo/a el año pasado? (por favor circule) 1 dosis o 2 dosis

*Si su hijo/a tiene menos de 9 años de edad y nunca a sido vacunado contra la influenza con 2 dosis sea en forma de aerosol nasal o inyección, va a necesitar una segunda vacuna entre 4 semanas.*

**Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a menor de 9 años de edad reciba la segunda vacuna contra la influenza.**

**Iniciales de Padres/Tutores aquí:** \_\_\_\_\_

**Parte C – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO:**

Yo he leído la información sobre la vacuna contra la influenza (VIS) con fecha 26 de julio, 2011 y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna. Entiendo también que esta vacunación sera registrada en el "Registro de Vacunación de California", el cual está disponible a profesionales de salud. Estoy de acuerdo a las reglas y doy mi consentimiento a la administración de la vacuna.

Si está solicitando una vacuna para un menor de 18 años, doy mi permiso a administrar la vacuna de influenza y aseguro que estoy autorizado a dar dicho permiso.

**Iniciales de Padres/Tutores aquí:** \_\_\_\_\_

<b>Firma de la persona hacienda la petición para la vacuna</b>	<b>Fecha</b>

**INFORMACION REQUERIDA:**

Para poner en la computadora – **Primer Nombre de la Madre (de la persona que va recibir la vacuna):** \_\_\_\_\_

Por motivos de coleccionar información para el Condado de Los Ángeles - **Grupo Étnico:** \_\_\_\_\_

**FOR CLINIC USE ONLY:**

	Location:	Date:	By:	Date 2 <sup>nd</sup> dose given:
FluMist (LAIV)	Intranasal		KLA PS DC	
Flu Injection 0.5ml IM (inactivated)	L / R Deltoid		KLA PS DC	L / R

Manufacturers: FluMist, Lot #501103P, Exp date: 12/11/11 or Fluarix injection, Lot #AFLUA603BB, Exp date: 06/08/12