

Iowa County Health Department

La información recogida en este formulario será utilizada para documentar el permiso para que su hijo reciba la vacuna contra la influenza estacional en la escuela de su hijo. Registro de esta inmunización se puede compartir a través del Registro de Vacunación de Wisconsin (WIR) con otros proveedores de atención de salud directamente involucrados con el cuidado de su hijo.

ESCUELA: _____

El nombre del estudiante (Apellido, Nombre, la inicial del medio)			Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
La fecha de nacimiento del estudiante Mes _____ Día _____ Año _____		Edad	Grado escolar	Numero teléfono del padre ()	
Dirección	P.O. Box	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
El nombre del padre/tutor	¿Esta bien compartir información de inmunización con el Registro de Inmunización de Wisconsin (WIR) ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO				

Por favor conteste las siguientes preguntas (dibuje un circulo alrededor de Si o No):

1. ¿Su hijo tiene una alergia seria de huevos?	Si	NO
2. ¿Su hijo tiene algunas otras alergias serias? Lístalos por favor: _____	Si	NO
3. ¿Su hijo ha tenido una reacción alergia seria o una respuesta alergia a una vacunación de gripe en el pasado?	Si	NO
4. ¿Su hijo ha tenido el síndrome Guillian Barré (un tipo de debilidad muscular temporal grave) dentro de las 6 semanas después de recibir un vacunación de la gripe?	Si	NO

PERMISO PARA LA VACUNACIÓN DE SU HIJO:

Quiero que mi hijo reciba la vacuna contra la influenza (elija uno): SI No

He leído o he me han explicado, la Declaración Informativa de la Vacuna para la vacuna contra la gripe estacional. He tenido el oportunidad para preguntar preguntas que eran contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna solicitada y pido que la vacuna fuere dado al estudiante de arriba para quien estoy autorizado para hacer esta solicitud.

Firma: **X** _____

Fecha: _____

PARA LA USA DE LA OFICINA	VIS date: 08/15/2019
Route = IM	Body site (circle one) = RD or LD / RV or LV
Manufacturer: _____	Lot No. _____ Date vaccine administered: _____
Signature and title of person administering vaccine: _____	