



2017-18 Formulario de permiso para la vacuna contra la gripe para niños

Permiso parental para la administración de la vacuna de la gripe

Nombre del estudiante: _____ Número de estudiante _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Grado: _____ Número. de aula (homeroom): _____

Vacunas de temporada para la gripe están siendo ofrecidas. Usted **Debe** completar una de la secciones a continuación para recibir una vacuna para la gripe.

❖ Si usted tiene seguro privado, por favor marque la cajita a continuación – el costo es \$15.00 para niños
 Seguro privado

❖ Si no tiene seguro privado, marque la cajita adecuada a continuación – el costo es de \$10.00 para niños

Indio Americano/Nativo de Alaska No tiene seguro CHIP Medicaid

Efectivo o cheques (Extienda el cheque a: SLCSO)

Vacuna para la gripe se recomienda para todos de 6 meses or mayores.

Si su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones/síntomas a continuación, el recibir una vacuna en la escuela es inapropiada y usted debería comunicarse con su médico en cuanto a las vacunas:

- ✓ Tuvo una reacción seria a un componente de la vacuna, incluyendo proteína de huevos
✓ Está moderadamente o severamente enfermo con una fiebre de 100° o más
✓ Es alérgico a huevos o productos hechos con huevo, gelatina, gentamicina, neomycin o timerosal
✓ Ha sido paralizado por el síndrome de Guillain-Barré

Vacuna para la gripe (Vacuna IM para el Virus de Temporada para la Gripe.)

He leído y entiendo la información contenida en este formulario y creo entender los beneficios y riesgos de la vacuna contra la gripe. Pido que la vacuna identificada aquí se le dé a la persona nombrada arriba. De que yo sepa, el estudiante no tiene condiciones que se contraindiquen para la vacuna. Certifico que la información que provee es verdadera y precisa.

FIRMA: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA CLÍNICA SOLAMENTE (CLINIC USE ONLY)

Flu Laval 3 y+ IM .5 ml GSK Lot # _____ Arm: R L Nurse: _____ Date: _____

VIS: _____

VIS DATE: 8/7/2015

VACCINATION RECEIPT

Date: _____

Cash: _____ Check: _____

Received from: _____ Amount: _____

For: 2017-18 Seasonal Influenza Vaccination

District Nurse Signature: _____