

Programa de Vacunación para la Gripe del Departamento de Salud del Condado de Chester en las Escuelas

Queridos Padres,

El Departamento de salud del condado de Chester estará ofreciendo la vacuna para la gripe a los estudiantes en las escuelas. El fin de este programa es minimizar la ausencia de estudiantes en las escuelas y en la comunidad por enfermedades relacionadas con la gripe. La gripe es una enfermedad seria que ataca hasta a los niños más saludables. Las autoridades de salud ahora recomiendan que todos los niños desde los 6 meses hasta los 18 años de edad sean vacunados contra la gripe. No hay ningún cargo por la vacuna.

La vacuna será administrada por Enfermeras Registradas con experiencia. Las enfermeras estarán ofreciendo la vacuna de spray nasal y la vacuna por inyección en las escuelas. Por favor complete el cuestionario en la parte posterior de esta hoja, el cual ayudará a la enfermera determinar qué tipo de vacuna para la gripe su niño/niña debe recibir. Si alguna pregunta no está clara, por favor llame este número de teléfono 610-344-6252

Para poder participar en este programa, por favor complete el siguiente formulario para su niño/niña y regréselo a la enfermera de la escuela de su niño/niña.

Nombre del niño/niña:

_____	_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Grado	
_____	_____	_____/_____/_____	_____
Dirección	Apt	Fecha de Nacimiento	Edad
_____	_____	(_____) _____	_____
Ciudad	Estado	Cod.Postal	Código de Área & Teléfono
Dirección de correo electrónico de los Padres: _____			

Por favor marque con un círculo

Género:	Masculino	Femenino	
Raza:	Asiático o Isleño del Pacífico	India Asia	
	Afroamericano	Otro (especifique): _____	
	Blanco		
Etnia:	No Hispánico	Hispánico	No sabe
Seguro Medico:	Medicare	Medicaid	No Sabe
	Sin Seguro	CHIP	Seguro Privado (Nombre _____)

Consentimiento de los Padres o Guardián:

Doy permiso para que mi hijo/hija reciba la vacuna contra la influenza (gripe) del 2013/14 en su escuela a ningún costo. Entiendo que la información sobre esta vacuna puede ser dada al médico o escuela. Entiendo que puedo quitar este permiso en cualquier momento. Entiendo que tengo el derecho a revisar esta información. Recibí una copia de la Hoja de Información Sobre Vacuna.

Padre/Madre/Guardián (Usar letra de molde): Apellido _____ Nombre _____

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha _____

Relación con el niño/niña: (marque con un círculo) Madre Padre Guardián

Por favor vea el reverso de esta hoja →

CUESTIONARIO PARA LA VACUNA CONTRA LA GRIPE

Por favor marque con un círculo

1.	¿Su niño/niña tiene alergia a los huevos?	Sí	No
2.	¿Su niño/niña tiene alergia a Gentamicina, látex, gelatina o timerosal?	Sí	No
3.	¿Ha presentado su niño/niña alguna reacción seria a la vacuna de la gripe en el pasado?	Sí	No
4.	¿Ha tenido su niño/niña el Síndrome de Guillain-Barre?	Sí	No
5.	¿Tiene su niño/niña algún trastorno convulsivo?	Sí	No
6.	¿Tiene su niño/niña asma? Si su respuesta es no, continúe con la pregunta número 9.	Sí	No
7.	Si su niño/niña tiene asma, ¿han pasado más de 12 meses desde el silbido asmático o de tomar medicamentos para el asma?	Sí	No
8.	Si su respuesta es sí en la pregunta 7: Un niño/niña que no ha presentado el silbido asmático o que no haya tomado medicamento para el asma por más de 12 meses, puede recibir Flumist (espray nasal). Puede haber un incremento en el silbido asmático después de recibir el Flumist. Por favor coloque sus iniciales si desea que su niño/niña reciba el Flumist → → → → →		
9.	¿Ha tenido su niño/niña algún problema de salud con enfermedades de los pulmones, enfermedades del corazón, enfermedades de los riñones, enfermedades metabólicas (ejem. diabetes), desórdenes en la sangre o esta en este momento recibiendo alguna terapia con aspirina?	Sí	No
10.	¿Tiene su niño/niña cáncer, leucemia, SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmunológico?	Sí	No
11.	¿Ha tomado su niño/niña cortisona, prednisona, otros esteroides, o medicamentos contra el cáncer, o ha recibido tratamientos de radiación (no incluye rayos X) en los últimos 3 meses?	Sí	No
12.	¿Ha recibido su niño/niña alguna transfusión de sangre o productos de la sangre o le han administrado la medicina llamada (gamma) globulina inmune en el último año?	Sí	No
13.	¿Esta su niña/adolescente embarazada o existe la posibilidad que ella podría quedar embarazada durante el próximo mes?	Sí	No
14.	¿Ha recibido su niño/niña las vacunas para el Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR), Varicela, Fiebre Amarilla o el Flu Mist en las últimas cuatro (4) semanas?	Sí	No
15.	¿Tiene su niño/niña estrecho contacto con alguien que tiene un sistema inmune debilitado que se encuentre en el hospital en un entorno protegido (por ejemplo una persona que ha tenido un trasplante de médula ósea)? Por favor describa: _____	Sí	No

FOR CLINIC/OFFICE USE ONLY

Is child sick today? Yes or No

Date Vaccine Administered: ____/____/____

Lot Number:

Clinic Site:

Vaccine Manufacturer: Sanofi Pasteur GSK
MedImmune

Site of Injection: RD, IM LD, IM IN

Expiration: ____/____/____

Signature of Vaccine Administrator:

VIS Dates:
LAIV 7/26/13
IIV 7/26/13