

Mission:

To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



Ron DeSantis
Governor

Scott A. Rivkees, MD
State Surgeon General

Vision: To be the Healthiest State in the Nation

2019-2020 Formulario de Consentimiento Para La Vacuna Contra La Influenza

ESTE FORMULARIO DEBE SER DEVUELTO

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN (Es posible que no se acepten formularios ilegibles e incompletos).

ESTA TEMPORADA, LA VACUNA ES ADMINISTRADA INTRAMUSCULAR

Nombre completo y legal del estudiante (Nombre, Apellido) IMPRIMA		POR FAVOR		Nombre de Escuela	
Nombre del Padre/Guardián/a (Nombre, Apellido)		Relación al estudiante		Maestro/a de Homeroom Grado	
Dirección:		Correo Electronico		Fecha de Nacimiento (Mez/ Dia/Año) Edad Sexo	
Ciudad:		Codigo Postal		Numero de Casa Numero Cellular	

Demographic Information: (Circle one) White American Indian/Native Alaskan Black Asian Hispanic Other

SEGURO MEDICAID (Prestige, UHC Community, StayWell/Wellcare, & Sunshine) MI HIJO/A NO TIENE SEGURO DE SALUD

Las leyes actuales de atención médica requieren que le facturamos a su compañía de seguros por la vacuna. No se le facturará, y no habrá copago ni deducible. El servicio se ofrece sin costo para usted. Como siempre, las respuestas son confidenciales. Complete las siguientes preguntas sobre el plan de seguro de salud de usted:

Compañía de Seguro:	Numero de Identificación de Miembro:
Titular de la Póliza:	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:

PREGUNTA DE SALUD: (Si contesta Si, su hijo/a no puede recibir la vacunas al menos que sea aprobado por un doctor.)

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Alguno de los siguientes se aplica a usted? • Alergia severa a los huevos de gallina o productos derivados del huevo • Reacciones potencialmente mortales a la vacuna de influenza en el pasado • Alergia grave a la levadura o al latex.	• Ha tenido el syndrome de Guillain-Barre (extramento raro) • Embarazada, estara embarazada en los proximos 6 meses, o esta amamantando • Enfermedad moderada o grave • Alergias graves que amenazan la vida.
---------------------------------------	---------------------------------------	---	--

SI TIENE PREGUNTAS SOBRE LA SALUD, POR FAVOR CONTACTE CON SU DOCTOR O LLAMA A LA CLINICA DE IMMUNIZACIONES EN EL DEPARTAMENTO DE SALUDO EN EL CONDADO DE ALACHUA EN EL # 352-334-7950.

Si tiene problemas de salud a largo plazo con sistema inmunológico debilitado, enfermedad cardiaca, enfermedad pulmonar (por ejemplo, fibrosis quística), enfermedad hepática, enfermedad renal o trastornos metabólicos (por ejemplo, diabetes) o trastornos sanguíneos (por ejemplo, enfermedad falcico talasemia), Consulte a su proveedor de atención médica para obtener la vacuna de la influenza.

He recibido, leído y entiendo la Declaración de información sobre vacunas por el CDC sobre la influenza el Aviso de prácticas de privacidad. He leído estos documentos y entiendo el riesgo y los beneficios de la vacuna contra la influenza. Doy permiso al Departamento de Salud del Estado de Florida para recibir la primera y la segunda dosis (si es necesario) de la vacuna, para comunicarme con otros proveedores de atención médica, según sea necesario, y para ingresar datos, facturar y almacenar de acuerdo con las políticas del Departamento de Salud de Florida, para asegurar una atención médica óptima para mi.

SI, Quiero ayudar a proteger a mi hijo, familia y comunidad de la gripe al permitir que mi hijo reciba la vacuna contra la gripe!

No, no quiero que mi hijo reciba la vacuna contra la influenza en la escuela porque _____

(Opcional)

Nombre en Imprenta del Padre/Guardian/a

Firma del Padre/Guardian/a

Fecha

Florida Department of Health
in Suwannee County

915 Nobles Ferry Road, Live Oak, FL 32064
PHONE: 386-362-2708 • FAX: 386-362-6301
suwannee.floridahealth.gov



Accredited Health Department
Public Health Accreditation Board