



Formulario de consentimiento para la vacuna contra la gripe estacional

Reconozco que Aurora Concepts me brindo la oportunidad de leer el aviso de practicas de privacidad y la declaracion de informacion sobre vacunas CDC para la vacuna contra la influenza inactivada (IIV) en su sition web: www.auroraconcepts.net en la pestana Recursos para el paciente.

Doy mi permiso a Aurora Concepts y sus administradores para darle a mihijo la vacuna en mi ausencia, para comunicarme con los proveedores de atencion medica, segun sea necesario, y para la entrada de datos, facturacion y almacenamiento de acuerdo con las politicas del Departamento de Salud de Texas, para asegurar una atencion medica optima para mihijo. Por la presente, publico Aurora Concepts y distrito escolar de mi hijo de cualquier responsabilidad relacionada con la adminitracion y los posibles efectos secundarios de la vacuna.

Si, Quiero vacuna contra la gripa **NO , No quiero** vacuna contra la gripa

Nombre de Padre		Firma de padre		Fecha	
Nombre completo y legal			Nombre de Escuela		
Nombre de Padre		Relacion al Estudiante		Maestro/Grado	
Dirreccion		Correo Electronico		Fecha de Nacimiento	
Ciudad		Codigo Postal		Telefono Celular	

Favor de escoger y llenar los siguientes preguntas

Asegurnza Privado <input type="checkbox"/>	CHIP/STAR/Medicaid <input type="checkbox"/>	Indio Americano/Navitvo de Alaska <input type="checkbox"/>
Asegurana no cubre <input type="checkbox"/>		Mi hijo(a) no tiene aseguranzz (Habrá un cobro de\$5) <input type="checkbox"/>
Nombre de Aseguranza:		Numero de Identificacion:
Titular de la Poliza:		Fecha de Nacimiento del titular:

Las leyes actuales de atención médica nos exigen que le facturemos a su compañía de seguros por la vacuna. No habrá gastos de bolsillo para los asegurados.

PREGUNTAS: ESCOGE SI O NO PARA CADA PREGUNTA

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1.) ¿Su hijo(a) tiene más de cuatro años?
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	2.) ¿Alguno de los siguientes se aplica a su hijo? (Si responde que si, su hijo no puede recibir la vacuna contra la gripe en la escuela. (Comuniquese con el medico de su hijo(a) ¿Alergia a huevos de gallino o productos de huevo? ¿Reacciones que amenazan la vida a la vacuna contra la gripe en el paso? ¿Alergia al Látex? ¿Síndrome Hashas Guillain-Barre (muy raro)
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	3.) ¿Alguno de los siguientes se aplica a su hijo(a)? ¿Tiene problemas de salud a largo plazo con un Sistema immune debilitado, enfermedad cardiac, enfermedad pulmonar, hepatica, renal o trastornos metabolicos o trastornos sanguineos?

Si Usted tiene preguntas, comuniquese con el pediatra de su hijo o hable a Aurora Concepts, para hablar con una enfermera. (936)598-3296

AREA PARA USO OFICIAL SOLO PARA LA ADMINISTRACION

VIS CDC IIV _____	IIV 0.5 ML IM Injection (Flulaval)
LOT NUMBER _____	EXP DATE _____
VACCINE MANUFACTURER _____	TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR _____
SIGNATURE _____	DATE _____ (RD IM) OR (LO IM)