

# SALUD PÚBLICA DE COLUMBUS

## FORMULARIO DE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

### Sección 1: Datos del niño que va a recibir la vacuna (escriba con letra de imprenta)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)		(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE (MM/DD/AAAA)	
NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL (Apellido)		(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	EDAD DEL ESTUDIANTE	IDENTIDAD DE GÉNERO Masculino Femenino No binario Prefiero no decir
DIRECCIÓN			NÚM. DE TEL. DIURNO DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL:		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
NOMBRE DEL MÉDICO DEL ESTUDIANTE (apellido, nombre)			Dirección	Ciudad	Código postal
NOMBRE DE LA ESCUELA		NOMBRE DEL MAESTRO DEL AULA		GRADO	
¿Satisface su hijo alguna de las condiciones siguientes?: Es menor de 9 años de edad y va a recibir la vacuna contra la influenza por primera vez o Solo ha recibido una dosis de la vacuna en <b>total</b> antes del 1 de julio de 2021					<div>SÍ</div> <div>NO</div>

### Sección 2: Comprobación de la elegibilidad para recibir la vacuna

Marque SÍ o NO en cada pregunta.

	SÍ	NO
1. ¿Tiene su hijo una alergia grave a los huevos?		
2. ¿Tiene su hijo una alguna otra alergia grave? Por favor, enumérelas:		
3. ¿Ha tenido su hijo una reacción grave a alguna dosis previa de la vacuna contra la influenza?		
4. ¿Ha padecido su hijo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave y transitoria) en las 6 semanas siguientes a la administración de la vacuna contra la influenza?		

Si responde afirmativamente a una o más de estas preguntas, nos pondremos en contacto con usted para evaluar sus opciones.

### Sección 3: DATOS DEL SEGURO:

Indique qué seguro tiene o firme abajo si cree que no tiene seguro.

Planes de atención

administrada de Medicaid:



Núm. del plan de atención administrada: \_\_\_\_\_

Dé la vuelta a la página para terminar de llenar el consentimiento

**Medicaid de Ohio:**

Núm. de Medicaid (12 dígitos): \_\_\_\_\_

**Seguro privado**

Datos de la tarjeta del seguro: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Núm. de suscriptor o de miembro: \_\_\_\_\_ Núm. de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona cubierta: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del adulto asegurado: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono en la tarjeta del seguro: \_\_\_\_\_

Dirección para reclamaciones en la tarjeta del seguro: \_\_\_\_\_

**Sección 4: Consentimiento****CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO:**

He leído o me han explicado la Declaración de información sobre la vacuna contra la influenza estacional de 2022-2023 y entiendo los riesgos y beneficios.



**DOY MI CONSENTIMIENTO** a SALUD PÚBLICA DE COLUMBUS y a su personal para que administren a mi hijo, cuyo nombre consta en la parte superior de este formulario, la vacuna contra la **INFLUENZA**. (Si no se firma este consentimiento, no se vacunará a su hijo)

Comprendo que puedo visitar <https://www.immunize.org/vis/> para consultar la HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS (VIS) acerca de la vacuna contra la Influenza. Recibiré una copia impresa de la VIS para llevar a casa después de la vacunación. Doy permiso para que el personal de Salud Pública de Columbus preste todos los servicios que puedan ser necesarios para diagnosticar y/o tratar al cliente mencionado previamente. Certifico que la información que he proporcionado es veraz a mi leal saber y entender. También comprendo que Salud Pública de Columbus no pagará por la atención que se reciba fuera de su sistema (p. ej.: tratamiento recibido por remisión). Las vacunas que se administren se registrarán en el sistema estatal de información sobre vacunas (*Ohio ImpactSIIS*). Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para tramitar el pago de esta reclamación. Me comprometo a pagar el copago y cualquier cargo no cubierto por el seguro o por un subsidio, a menos que firme la exención por dificultades económicas anterior. Comprendo que el Aviso sobre las Normas de Privacidad de Salud Pública de Columbus está disponible en Internet, en [www.columbus.gov/HealthPrivacyPolicy](http://www.columbus.gov/HealthPrivacyPolicy). También puedo recibirlo por correo llamando al 614-645-2738.

“En caso de una situación de emergencia, se podrá administrar a mi hijo o a la persona adulta bajo custodia la medicación de emergencia (epinefrina/ Benadryl). En caso de una situación de emergencia en la que yo no esté presente, autorizo al personal de Salud Pública de Columbus a obtener la atención médica que considere necesaria, incluida, entre otras cosas, la obtención de asistencia paramédica y el transporte a un hospital local para recibir tratamiento adicional u observación”.

**Fecha:** \_\_\_\_\_**Nombre del padre/madre o tutor:** \_\_\_\_\_**Nombre en letra de imprenta del padre/madre o tutor:** \_\_\_\_\_**O BIEN****Nombre el estudiante/paciente** (si es mayor de 18 años): \_\_\_\_\_**Firma del estudiante/paciente** (si es mayor de 18 años): \_\_\_\_\_

---

*Toda referencia a 'mi hijo' se refiere 'a mí mismo' una vez que el menor de edad cumple 18 años de edad.*