Nombre del maestro de grado escuela: _____

Condado de Plumas Agencia de Salud
Live (intranasal) vacunación de la gripe (FluMist) Consentimiento y formulario de evaluación

PADRES: Por favor lea atentamente los siguientes antes de firmar el consentimiento.

Para ser elegible para recibir esta vacuna en la clínica de la escuela, usted debe leer y firmar este formulario de consentimiento. Dependiendo de sus respuestas a las preguntas que figuran a continuación que su hijo recibirá la intranasal (FluMist) vacuna contra la gripe. Por favor lea la declaración de información de la vacuna que le han brindado. Los niños menores de 9 años de edad se les ofrecerá una segunda dosis de la vacuna contra la gripe en la escuela alrededor de un mes más tarde si esta es su primera vez para recibir la vacuna de la gripe. Este formulario de consentimiento ha de comprender tanto las dosis de vacuna contra la gripe si es necesario.

Fecha de Nacimiento:_____ **Nombre edad:**_____

☐ **Hombre or** ☐ **Chica** **Teléfono#:** _____

Address: _____

1. ¿Su niño ha tenido una grave reacción alérgica a la influenza (gripe) Vacuna?	☐ Sí ☐ No
2. ¿Está su niño alérgico a los huevos?	☐ Sí ☐ No
3. Cuántas vacunas contra la gripe hizo que su hijo reciba el año pasado?	
4. Ha recibido su hijo un sarampión (MMR), varicela (varicela) o vivir cualquier vacuna virus de la vacuna en las últimas 4 semanas?	☐ Sí ☐ No
5. Ha recibido su hijo el tratamiento antiviral de la gripe en las últimas 48 horas?	☐ Sí ☐ No
6. Lista de cualquier condición médica crónica que su hijo tiene, incluyendo asthma._____.	
7. ¿Está su niño que vive con alguien que tiene un sistema inmunológico severamente debilitado? (Como el SIDA o quien recibe quimioterapia)	☐ Sí ☐ No
8. ¿Está su hijo en la terapia de aspirina a largo plazo?	☐ Sí ☐ No
9. Si el niño es la mujer y en edad fértil, ¿está embarazada?	☐ Sí ☐ No

Yo he leído o me han explicado los estados información sobre la vacuna para el Live, intranasal de influenza (FluMist) Vacunas (Vaccine Information Statement, 07/26/11). Entiendo que, dependiendo de las respuestas a las preguntas que figuran por encima de mi hijo recibir las vacuna FluMist en su escuela. Doy mi permiso para que mi niño cuyo nombre figura en la lista para recibir la influenza (gripe) de la vacuna.

Padre/Madre/tutor legal firma: _____**Fecha:** _____

OFFICE USE ONLY:

Date	Dose	Vaccine/Mfg		Lot#	Exp. Date	RN/LVN	IZ Given by	Site/Route
	0.2ml	Flu Mist	Medimmune					Intranasal