

For school office use: Place sticker/stamp with school address here

Si usted quiere la vacuna en la escuela, llene esta forma a fondo e incluya la información de seguro médico y devuelva antes del _____ a la enfermera de la escuela

Apellido legal del estudiante: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____
 Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Zip: _____ Teléfono: _____
 FDN: _____ / _____ / _____ Edad: _____ Nombre de soltera de la madre: _____
Mes / día / año
 # Estudiante: _____ Maestro(a): _____ Grado: _____

Raza: Blanco Indígena Americano/Alaska Asiático Negro/Africano-Americano Hawaiano/Pacific Islander Other

Etnicidad: Hispano No-Hispano

Sexo: Masculino Femenino

Información del Seguro Médico—Llene la categoría apropiada—REQUERIDA

Medicaid/ Centennial Care # Póliza / # Miembro _____
 Centennial Care (Medicaid) # _____

Seguro privado #Miembro _____ # Grupo _____
 Nombre del asegurado _____ FDN del asegurado _____

Sin seguro

Seleccione su seguro

Blue Cross Blue Shield
 Molina Healthcare
 Presbyterian Health Plan
 United Healthcare
 Otro seguro—escriba la compañía _____

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN MÉDICA-REQUERIDA

Si usted contesta Sí a alguna de las 5 preguntas debajo, su niño(a) no podría ser vacunado(a) en la escuela. Este año, SOLO VACUNAS INYECTABLES estarán disponibles. La enfermera verificará la elegibilidad basada en sus contestaciones.

	NO	Sí
1) ¿Tiene su niño(a) una alergia severa a (dificultad a respirar, cara/labios hinchados, vómitos periódicos) huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ¿Tiene su niño(a) una alergia severa a (dificultad a respirar, cara/labios hinchados, vómitos periódicos) sulfato de gentamicina o hidrocortisona?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿En el pasado, alguna vez su niño(a) ha tenido una reacción severa a la vacuna de influenza, o desarrollado el síndrome Guillain-Barré (debilidad severa temporal de los músculos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Tiene su niño(a) hemofilia (un desorden severo de sangrado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Este año, ha recibido su niño(a) la vacuna contra la influenza—desde agosto 2016? En caso que sí, en qué fecha? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ¿Tiene su niño(a) sensibilidad o alergias al latex? (En caso que sí, no se utilizarán guantes de latex).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La pregunta ayudará a determinar si su niño(a) (menor de 9 años) necesitará una o dos dosis de la vacuna. NO Sí

7) ¿Ha recibido su niño(a) al menos dos dosis de la vacuna contra la influenza antes de julio de 2016?

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN DEL NIÑO(A) EN LA ESCUELA—REQUERIDA

He leído o se me ha explicado la Declaración de Información de la Vacuna Inyectable Contra la Influenza. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y autorizo al niño(a) nombrado arriba a recibir la vacuna contra la influenza en su escuela. **Si mi niño(a) es menor de 9 años y si es determinado que necesita una segunda dosis, también autorizo la segunda dosis si es ofrecida en la escuela.** A menos que firme una declaración diciendo lo contrario, autorizo a que la información de vacunación sea entrada en el Sistema Estatal de Información de Vacunación de Nuevo México (NMSIIS) y que sea disponible a otros proveedores de la salud para evitar vacunaciones innecesarias y para averiguar historias de vacunación. La Política Revisada de Privacidad de NMDOH está disponible en <http://nmhealth.org/help/privacy/> y será ofrecida a todos los estudiantes cuando reciban la vacuna. **Me comunicaré con la enfermera de la escuela para retirar esta autorización, si es que mi niño sea vacunado antes del día de la clínica.**

Firma del padre/guardián legal _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde del padre/guardián legal (claro y en mayúsculas) _____

For clinic use (this section must be completed by the medical provider)

Current VIS date: 8-7-2015

Required: Date VIS given to patient (stamp or print)

<p>Dose #1 VACCINE: <input type="checkbox"/> IIV Flucelvax Seqirus <input type="checkbox"/> Other _____ Lot # _____</p> <p>Site of administration: <input type="checkbox"/> R Deltoid <input type="checkbox"/> L Deltoid <input type="checkbox"/> Other _____ Exp. date _____</p> <p>Signature: _____ <small>Date vaccinated Name and title of vaccine administrator Preceptor name and credentials</small></p>	<p>Dose #1 VFC PIN # _____ Date NMSIIS data entry: _____</p>
<p>Dose #2 VACCINE: <input type="checkbox"/> IIV Flucelvax Seqirus <input type="checkbox"/> Other _____ Lot # _____</p> <p>Site of administration: <input type="checkbox"/> R Deltoid <input type="checkbox"/> L Deltoid <input type="checkbox"/> Other _____ Exp. date _____</p> <p>Signature: _____ <small>Date vaccinated Name and title of vaccine administrator Preceptor name and credentials</small></p>	<p>Dose #2 VFC PIN # _____ Date NMSIIS data entry: _____</p>