



Forma de Autorización de Vacunación Escolar Influenza — SKIIP 2019-20

Llene la forma por completo—campos requeridos marcados con asterisco (*)

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

Si usted desea que su niño reciba la vacuna contra la influenza en la escuela, llene esta forma por completo en letras mayúsculas, incluya toda la información relacionada al seguro médico y devuélvala a la enfermera escolar en o antes del (fecha)

*Apellido legal del estudiante:		*Nombre legal del estudiante:		Segundo Nombre:	
*FDN del estudiante: (mes/día/año)	Edad	*Apellido de soltera de la madre:	*Nombre de la madre:		
*Dirección postal:		*Ciudad:		Estado NM	*Zip:
*# de Teléfono:		#ID del estudiante:	Nombre de la Maestra/ del Maestro		Grado
*Sex: <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino		

INFORMACIÓN DEL SEGURO – Por favor marque la categoría apropiada – REQUERIDA

Medicaid—seleccione su Plan Centennial Care: Blue Cross Blue Shield Presbyterian Western Sky Community Care
 Otro: _____ # ID Tarjeta Centennial Care/Medicaid _____ # ID Miembro del Seguro: _____ # Grupo: _____

No asegurado Seguro privado/comercial — Nombre del Seguro: _____
 ID Miembro Seguro Médico/ # Suscriptor: _____ # Grupo: _____

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN MÉDICA - REQUERIDA

Para padres/tutores: Si usted contesta afirmativo a cualquiera de las preguntas 1-4, su niño podría no ser vacunado en la escuela. La enfermera evaluará la elegibilidad basándose en las contestaciones.

	SÍ	No	No sé
1) ¿Tiene su niño alguna alergia grave a huevos (dificultad respirando, cara/labios hinchados, vómito recurrente)?			
2) ¿En el pasado, ha tenido su niño alguna reacción seria a la vacuna contra la influenza, o desarrollado el síndrome de Guillain-Barré (debilidad muscular grave temporera)?			
3) ¿Tiene su niño hemofilia (un trastorno severo de la sangre)?			
4) ¿Tiene su niño alergia al látex? (En ese caso, no se utilizarán guantes de látex)			
5) ¿Ha recibido su niño vacuna contra la influenza este año escolar—desde agosto de 2019? Cuando: _____			
6) ¿Ha recibido su niño dos dosis de la vacuna contra la influenza antes de julio de 2019?			

Las preguntas 7-11 ayudarán a determinar si su niño puede recibir FluMist.

7) ¿Ha sido vacunado su niño en los últimos 30 días? Por favor enumere _____; fecha _____			
8) ¿En los pasados 12 meses, ha tenido su niño ataques de asma, sibilancia o tomado medicamentos para el asma?			
9) ¿Tiene su niño: Diabetes, enfermedad del corazón, hígado, riñones o pulmones, convulsiones, trastornos de sangre, anemia, enfermedad neuromuscular, o parálisis cerebral?			
10) ¿Tiene su niño contacto directo con alguien quien esté protegido del ambiente debido a un sistema inmunológico extremadamente debilitado (por ejemplo, unidad de trasplante de médula ósea)?			
11) ¿Está su niña embarazada?			

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN EN LA ESCUELA - REQUERIDA

He leído o se me ha explicado la información en la Declaración de Información de Vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna contra la influenza y autorizo al niño que aparece su nombre debajo a recibir la vacuna contra la influenza 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 Inmunización de Nuevo México (NMSIIS) y que sea liberada a otros proveedores del cuidado médico para evitar vacunaciones innecesarias o para cerciorarse del estado de vacunación. La Política de Privacidad NMDOH está disponible en <http://nmhealth.org/help/privacy/> y será dada a todos los estudiantes cuando reciban una vacuna. **Contactaré a la enfermera de la escuela para negar mi consentimiento a que mi niño sea vacunado antes de la fecha de la clínica escolar.**

*Firma del padre/madre/tutor legal: _____ *Fecha: _____

*Nombre en letra de molde padre/madre/tutor legal: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CLÍNICA — REQUERIDA

Vaccine (quadrivalent)		Vaccine admin. date	Lot #	Site/route	Expiration date
<input type="checkbox"/> Flucelvax-Seqirus <input type="checkbox"/> FluLaval-GSK <input type="checkbox"/> FluMist-AstraZeneca <input type="checkbox"/> Fluzone-Sanofi <input type="checkbox"/> Other _____				<input type="checkbox"/> L deltoid <input type="checkbox"/> R deltoid <input type="checkbox"/> other _____	
Print vaccinator name & title		Vaccinator signature		Preceptor name & credentials	
Date VIS given to parent/patient—Required*: (Stamp or print)	Current VIS date 8/15/2019	VFC PIN #: (if applicable)	Notes:		
Date NMSIIS data entry:	Date TransactRx data entry:	NMSIIS ID #:			

ES REQUERIDA LA ENTRADA DIRECTA DE VACUNAS ADMINISTRADAS A NMSIIS. PARA ALCANCE NMDOH: Información tiene que ser entrada en TransactRx dentro de los 30 días de la fecha de servicio. Si no puede ser entrada en 30 días, contacte a su Director de Servicios de Enfermería. Esta forma fue diseñada por las oficinas de salud pública NMDOH y son utilizadas únicamente for sus programas. NMDOH no es responsable de la entrada de datos o administración de vacunas de entidades externas y expresa no tener responsabilidad por cualquier error asociado como resultado de la utilización de esta forma.