

Consentimiento Para Vacuna/s de Atomizador Nasal (FluMist) Contra la Gripe Común/de Temporada

Estimado Padre/Madre/Guardián;

Por favor complete este formulario si usted desea que su hijo/a reciba la vacuna de atomizador nasal (FluMist) contra la gripe común/de temporada.

Apellido del Estudiante/Child's Last Name:	Primer Nombre del Estudiante/Child's First Name:	Edad/Age:	Grado/Grade:
Domicilio/Address:	Teléfono de la Casa//Home Phone: Teléfono Celular/Cell Phone: Teléfono del Trabajo/Work Phone:	Fecha de Nacimiento/Date of Birth:	
Maestro/Teacher:	¿Ha recibido su hijo/a alguna vez una vacuna contra la gripe?		<input type="checkbox"/> SÍ/Yes <input type="checkbox"/> NO
	¿Recibió una sola dosis de la vacuna contra la gripe la primera vez que le administraron la vacuna?		<input type="checkbox"/> SÍ/Yes <input type="checkbox"/> NO

Para máxima protección contra la gripe, Centers for Disease Control (CDC) recomienda que a los niños menores de 9 años que están recibiendo la vacuna contra la gripe común (FluMist) por primera vez, se les administre una segunda dosis en 4 semanas. CDC también recomienda que los niños menores de 9 años que únicamente recibieron 1 dosis de la vacuna el primer año reciban 2 dosis el año siguiente.

Si su respuesta es **SÍ** para CUALQUIERA de las siguientes preguntas, su hijo/a **NO ES** elegible para recibir la vacuna de aerosol nasal contra la gripe común; sin embargo, su hijo/a puede recibir la vacuna inyectable contra la gripe común.

Si su respuesta es **NO** para todas las preguntas y usted desea que su hijo/a reciba la vacuna de atomizador nasal para la gripe común, por favor firme abajo.

1. ¿Padece su hijo/a de alguna enfermedad significativamente crónica o de largo plazo que afecta sus riñones, corazón, sistema nervioso, cerebro, pulmones (como en el caso de la fibrosis quística) o el sistema sanguíneo (como en el caso de la anemia drepanocítica), o sufre de diabetes?	<input type="checkbox"/> SÍ/Yes	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Padece su hijo/a de asma?	<input type="checkbox"/> SÍ/Yes	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Tiene su hijo/a reacciones alérgicas severas a productos derivados del huevo, a la gentamicina, a la gelatina, la arginina o ha tenido alguna reacción alérgica a una vacuna contra la gripe anteriormente?	<input type="checkbox"/> SÍ/Yes	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿Está tomando su hijo/a algún medicamento que contiene aspirina?	<input type="checkbox"/> SÍ/Yes	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿Ha padecido su hijo/a del síndrome de Guillian-Barré?	<input type="checkbox"/> SÍ/Yes	<input type="checkbox"/> NO
6. ¿Le toca a su hijo/a recibir una vacuna triple contra el Sarampión, las Paperas y la Rubéola (conocida en inglés como MMR), contra la Varicela, la vacuna FluMist contra la gripe común/de temporada o la vacuna contra la Fiebre Amarilla durante el mes siguiente a esta vacuna de atomizador nasal?	<input type="checkbox"/> SÍ/Yes	<input type="checkbox"/> NO
7. ¿Ha recibido su hijo/a alguna vacuna en este último mes?	<input type="checkbox"/> SÍ/Yes	<input type="checkbox"/> NO
8. ¿Vive su hijo/a con alguien que está recibiendo un trasplante de células madre/troncales o un trasplante de médula ósea?	<input type="checkbox"/> SÍ/Yes	<input type="checkbox"/> NO
9. ¿Está su hija embarazada?	<input type="checkbox"/> SÍ/Yes	<input type="checkbox"/> NO

FluMist no puede ser administrada a ningún niño/a que esté enfermo/a el día de recibir la vacuna.

Declaración de Autorización:

He recibido y he leído la declaración de información (Vaccine Information Statement-VIS) sobre la vacuna de atomizador nasal contra la gripe común/de temporada. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la vacuna. Entiendo que esta vacuna ha sido aprobada para niños que gozan de buena salud y he revisado las razones por las cuales algunos niños no pueden recibir la vacuna de atomizador nasal contra la gripe común/de temporada. Ninguna de esas razones aplica a mi hijo/a. Autorizo que mi hijo/a sea vacunado/a con la vacuna de atomizador nasal contra la gripe común/de temporada.

Nombre del padre/madre/guardián:
(Name of parent/guardian)

Firma del padre/madre/guardián:
(Signature of parent/guardian)

Date
(Date)

Office Use Only (para uso de la oficina solamente)

Vaccine	Mfgr/ Lot #	Exp. date	Dose/ Route	VIS Date
1 st dose Influenza (Intranasal)	MedImmune		0.2 ml intranasal	
2 nd dose Influenza (Intranasal)	MedImmune		0.2 ml intranasal	

2 nd Dose Required: if less than 9 years old and NO or only one previous flu vaccine	Yes	No
---	-----	----

1st Vaccine administered by: _____ Date: _____ 2nd Vaccine administered by: _____ Date: _____