

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