

COUNTY LOGO \_\_\_\_\_

SCHOOL \_\_\_\_\_  
 HOME ROOM TEACHER \_\_\_\_\_  
 GRADE \_\_\_\_\_

**Letra imprenta por favor**

Apellidos del niño/a \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Nombre del Padre/Guardián \_\_\_\_\_  
 Edad del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

<p align="center"><b>Por favor contestar SI o NO a todas las preguntas.</b></p> <p>Sus respuestas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no deberíamos de dar la vacuna Rocío-Nasal a su niño/a. Una enfermera recibirá esta información antes de administrar la vacuna. Si tiene preguntas, por favor llame a su proveedor de salud o al Departamento de Salud local al 5XX-XXX-XXXX.</p>	Padre	Enfermera
1. ¿Ha recibido el niño una vacuna durante las 4 últimas semanas? Nombre de Vacuna: _____ Fecha recibida: _____		
2. ¿Ha recibido el niño una vacuna contra la gripe anteriormente? Fecha recibida: _____		
3. ¿Tiene el niño menos de 5 años de edad?		
4. ¿El niño ha sido diagnosticado alguna vez con asma o enfermedad reactiva de la vía aérea?		
5. ¿Tiene su niño alguna de las siguientes condiciones: Enfermedad crónica del corazón, enfermedad al riñón, enfermedad de la sangre, o diabetes u otra enfermedad metabólica.		
6. ¿Ha tenido el niño alguna reacción a las vacunas?		
7. ¿Es el niño alérgico a huevos, gelatina u otro componente de la vacuna contra la gripe?		
8. ¿Está la niña embarazada o amamantando?		
9. ¿Ha tenido el niño alguna vez el síndrome de Guillain-Barre?		
10. ¿Está el niño en terapia prolongada de Aspirina?		
11. ¿Tiene el niño alguno de los siguientes: cancer, lupus, SIDA(HIV), o toma medicamento para bajar la resistencia a las infecciones?		
12. ¿Está el niño en contacto frecuente con algún enfermo de trasplante de médula en los últimos 6 meses?		

He recibido, leído y tengo respuestas a mis preguntas con relación a la Declaración de Información de Vacuna, relacionada a la vacuna que se va a administrar. Y solicito que la vacuna sea dada a la persona arriba mencionada. Mi relación con el niño/a es \_\_\_\_\_. También autorizo se de cualquier información necesaria para el proceso de seguro médico o pago de beneficios. Autorizo al Departamento de Servicios Humanos para que usen y cedan esta información con el fin de cobrar por el recibo de esta vacuna.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

AREA FOR OFFICAL USE ONLY			
Vaccine Naïve (circle) Yes No	Lot# _____ Exp Date _____ Vaccine <u>FluMist</u> Site, Route & Amt _____ Date given _____ Signature/Provider # _____	Manufacturer <u>MedImmune</u> VIS Date _____	