



# Forma de consentimiento de la vacuna contra la gripe

Nombre de escuela:

POR FAVOR COMPLETA TODA LA INFORMACION A CONTINUACION – Imprima con tinta (No se aceptaran formularios incompletos)

PRIMER NOMBRE del Estudiante:		Inicial Medio		NOMBRE DEL Estudiante:	
Género: Niño Niña		Nacimiento: (mes,día,año)		Edad	
Dirección				Profesor del salon / Grado	
Ciudad				Teléfono #	
Código postal				Nombre de la doncella de las madres	
Estado				Carrera Estudiantil: (Círculo aplicable) African American / Negro Blanco Alaska/ Nativo-Americano Asiático Hawaiano / Isleño del Pacífico Otro	
Origen étnico: No hispanos o hispanos					

Las leyes vigentes en materia de atención médica nos obligan a facturar la vacuna a su compañía de seguros. El servicio se ofrece sin costo para usted. Las respuestas son siempre confidenciales. Por favor llene las siguientes preguntas relacionadas con el Seguro Médico de su hijo:

Dirección de correo electrónico

INFORMACION DE SEGURO REQUERIDA (DEBE COMPRABAR UNA CASILLA APROPIADA)

ORGANIZACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA

BUCKEYE	CARE SOURCE	MOLINA	PARAMOUNT ADVANTAGE	UHC COMMUNITY PLAN	STRAIGHT MEDICAID	OTHER: (PLEASE SPECIFY NAME)
						ACTUALMENTE NO TIENEN SEGURO <small>*NOTA: ES FRAUDULENTO RECLAMAR SIN SEGURO SI TIENE SEGURO</small>

IDENTIFICADOR DE MIEMBRO# O MMIS# (MEDICAID DEL ACIENTE#) CASO #

COMPAÑÍAS DE SEGUROS PRIVADOS

AETNA	BCBS	CIGNA	CORE SOURCE	HUMANA	MEDICAL MUTUAL	TRI-CARE	UHC	OTRO: (POR FAVOR ESPECIFIQUE EL NOMBRE)

NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA APELLIDO DEL TITULAR DE LA TARJETA FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA TARJETA (MES,DÍA,AÑO)

No DE IDENTIFICACIÓN / No DE ID DE MIEMBRO / No DE ID DE INSCRITO (INCLUYA EL PREFUJO ALFA, SI SE MUESTRA EN LA TARJETA) PAYER ID# (IF NOTED ON CARD)

PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA VACUNACIÓN Y LA SALUD

1	¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción o reacciones potencialmente mortales a la vacuna contra la gripe en el pasado?	SÍ	NO
2	¿Alguna vez su hijo ha tenido el síndrome de Guillain-Barre?	SÍ	NO
3	¿Su hijo es alérgico a los huevos?	SÍ	NO
4	¿Su hijo tiene un trastorno sanguíneo como la hemofilia?	SÍ	NO
5	¿Será esta la primera vez que su hijo recibe una vacuna contra la influenza?	SÍ	NO



SI TIENE ALGUNA PREGUNTA DE SALUD, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON EL PEDIATRA DE SU HIJO O LLÁMENOS AL 205-609-0268 Hablar a un representante.

He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de Información de Vacunas. Soy consciente de que puedo localizar la Declaración de Información sobre Vacunas más reciente y otra información en [www.immunize.org](http://www.immunize.org) o [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entender los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna se dé a la persona mencionada anteriormente de quien soy el padre o tutor legal y que tenga autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han hecho garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero el sistema escolar, Health Heroes of Ohio, Inc. MaxVax LLC., y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que voy a hacer que la escuela sea consciente de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso a Health Heroes of Ohio, Inc. para resolver y apelar con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de la clínica se pueden obtener de la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación de seguros y su privacidad estará protegida. Solicito y doy mi consentimiento voluntario para que la vacuna se dé, y se registre en el registro estatal de la persona mencionada anteriormente. Soy el padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre..

Nombre impreso del padre/tutor Firma del Padre/Tutor Relación con el niño Fecha

VIS CDC IIV 08/15/2019  
LOT Number: \_\_\_\_\_  
RN # \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY

FLUCELVAX  
EXP Date: \_\_\_\_\_

Health Heroes of Ohio  
326 Prairie St. North  
Union Springs, AL 36089  
[AL@healthherousa.com](mailto:AL@healthherousa.com)  
205-609-0268



[www.healthherousa.com](http://www.healthherousa.com)