

Flu shots are coming to your child's school.

- The health department will be giving flu shots in your child's school soon at no cost to you.
- If you want your child to get a flu shot at school...
 1. Print and Complete the Student Consent and Influenza Immunization Documentation Form. It has two sides, so make sure to complete both sides. If you have insurance, include all of the requested insurance information.
 2. Return the Student Consent Form and Influenza Immunization Documentation Form to your child's school.
- You will be informed when flu shots will be given at your child's school.
- Flu shots will not be given without consent.
- Flu mist will not be given at school. If you would like for your child to receive flu mist, call the health department.
- If you have questions, call the health department.

VACCINE INFORMATION STATEMENT

Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): *What you need to know*

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1 Why get vaccinated?

Influenza (“flu”) is a contagious disease that spreads around the United States every year, usually between October and May.

Flu is caused by influenza viruses, and is spread mainly by coughing, sneezing, and close contact.

Anyone can get flu. Flu strikes suddenly and can last several days. Symptoms vary by age, but can include:

- fever/chills
- sore throat
- muscle aches
- fatigue
- cough
- headache
- runny or stuffy nose

Flu can also lead to pneumonia and blood infections, and cause diarrhea and seizures in children. If you have a medical condition, such as heart or lung disease, flu can make it worse.

Flu is more dangerous for some people. Infants and young children, people 65 years of age and older, pregnant women, and people with certain health conditions or a weakened immune system are at greatest risk.

Each year **thousands of people in the United States die from flu**, and many more are hospitalized.

Flu vaccine can:

- keep you from getting flu,
- make flu less severe if you do get it, and
- keep you from spreading flu to your family and other people.

2 Inactivated and recombinant flu vaccines

A dose of flu vaccine is recommended every flu season. Children 6 months through 8 years of age may need two doses during the same flu season. Everyone else needs only one dose each flu season.

Some inactivated flu vaccines contain a very small amount of a mercury-based preservative called thimerosal. Studies have not shown thimerosal in vaccines to be harmful, but flu vaccines that do not contain thimerosal are available.

There is no live flu virus in flu shots. **They cannot cause the flu.**

There are many flu viruses, and they are always changing. Each year a new flu vaccine is made to protect against three or four viruses that are likely to cause disease in the upcoming flu season. But even when the vaccine doesn’t exactly match these viruses, it may still provide some protection.

Flu vaccine cannot prevent:

- flu that is caused by a virus not covered by the vaccine, or
- illnesses that look like flu but are not.

It takes about 2 weeks for protection to develop after vaccination, and protection lasts through the flu season.

3 Some people should not get this vaccine

Tell the person who is giving you the vaccine:

- **If you have any severe, life-threatening allergies.**

If you ever had a life-threatening allergic reaction after a dose of flu vaccine, or have a severe allergy to any part of this vaccine, you may be advised not to get vaccinated. Most, but not all, types of flu vaccine contain a small amount of egg protein.

- **If you ever had Guillain-Barré Syndrome (also called GBS).**

Some people with a history of GBS should not get this vaccine. This should be discussed with your doctor.

- **If you are not feeling well.**

It is usually okay to get flu vaccine when you have a mild illness, but you might be asked to come back when you feel better.



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

4 Risks of a vaccine reaction

With any medicine, including vaccines, there is a chance of reactions. These are usually mild and go away on their own, but serious reactions are also possible.

Most people who get a flu shot do not have any problems with it.

Minor problems following a flu shot include:

- soreness, redness, or swelling where the shot was given
- hoarseness
- sore, red or itchy eyes
- cough
- fever
- aches
- headache
- itching
- fatigue

If these problems occur, they usually begin soon after the shot and last 1 or 2 days.

More serious problems following a flu shot can include the following:

- There may be a small increased risk of Guillain-Barré Syndrome (GBS) after inactivated flu vaccine. This risk has been estimated at 1 or 2 additional cases per million people vaccinated. This is much lower than the risk of severe complications from flu, which can be prevented by flu vaccine.
- Young children who get the flu shot along with pneumococcal vaccine (PCV13) and/or DTaP vaccine at the same time might be slightly more likely to have a seizure caused by fever. Ask your doctor for more information. Tell your doctor if a child who is getting flu vaccine has ever had a seizure.

Problems that could happen after any injected vaccine:

- People sometimes faint after a medical procedure, including vaccination. Sitting or lying down for about 15 minutes can help prevent fainting, and injuries caused by a fall. Tell your doctor if you feel dizzy, or have vision changes or ringing in the ears.
- Some people get severe pain in the shoulder and have difficulty moving the arm where a shot was given. This happens very rarely.
- Any medication can cause a severe allergic reaction. Such reactions from a vaccine are very rare, estimated at about 1 in a million doses, and would happen within a few minutes to a few hours after the vaccination.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a serious injury or death.

The safety of vaccines is always being monitored. For more information, visit: www.cdc.gov/vaccinesafety/

5 What if there is a serious reaction?

What should I look for?

- Look for anything that concerns you, such as signs of a severe allergic reaction, very high fever, or unusual behavior.

Signs of a severe allergic reaction can include hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, and weakness. These would start a few minutes to a few hours after the vaccination.

What should I do?

- If you think it is a severe allergic reaction or other emergency that can't wait, call 9-1-1 and get the person to the nearest hospital. Otherwise, call your doctor.
- Reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your doctor should file this report, or you can do it yourself through the VAERS web site at www.vaers.hhs.gov, or by calling 1-800-822-7967.

VAERS does not give medical advice.

6 The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines.

Persons who believe they may have been injured by a vaccine can learn about the program and about filing a claim by calling 1-800-338-2382 or visiting the VICP website at www.hrsa.gov/vaccinecompensation. There is a time limit to file a claim for compensation.

7 How can I learn more?

- Ask your healthcare provider. He or she can give you the vaccine package insert or suggest other sources of information.
- Call your local or state health department.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Call 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) or
 - Visit CDC's website at www.cdc.gov/flu

Vaccine Information Statement
Inactivated Influenza Vaccine

08/07/2015

42 U.S.C. § 300aa-26

Office Use Only



**Tennessee Department of Health School Located Influenza Vaccination Project
Student Consent Form and Influenza Immunization Documentation Form**

If you want a Flu Vaccination given to your child, COMPLETE THE INFORMATION ON THE FRONT AND BACK OF THIS FORM AND SIGN. IF NO, stop here and discard the form.

PLEASE PRINT

School: _____ Home Room Teacher: _____ Grade: _____

Student: Last Name _____ First Name: _____ MI: _____

SEX: M F DOB: ___/___/___ Current Age: _____ Child's SSN: _____

RACE: Asian Black Native American Pacific Islander White Other ETHNICITY: Hispanic Y N

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Parent/Guardian: Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____

Parent/Guardian Home Phone: () _____ Cell Phone: () _____

ALL QUESTIONS <u>MUST BE</u> COMPLETED BY CHECKING YES OR NO IN ORDER FOR THE STUDENT TO RECEIVE A FLU VACCINE The Nurse giving the vaccination will review the information on vaccination day.	YES	NO
1. Has your child ever received a flu vaccine? When?		
2. Has your child received at least 2 seasonal Influenza (flu) vaccine doses since July 2010?		
3. Has your child ever had a serious reaction to the flu vaccine in the past? If yes, please explain.		
4. Does your child have any allergies to food or medicine? If yes, please list.		
5. Does your child have an allergy to any components of the flu vaccine?		
6. Has your child ever had Guillain-Barre' syndrome?		
7. Has your child received any other vaccinations in the past 4 weeks? Name of Vaccine(s): _____ Where: _____ Date Given: _____		
8. In the past 12 months, has a healthcare provider told you that your child had wheezing or asthma? (If yes, the live virus vaccine is not recommended for children ages 2 through 4 years)		
9. Does your child have a long term health problem with heart disease, lung disease (including asthma), kidney disease, neurologic disease, liver disease, metabolic disease (e.g., diabetes), or anemia or another blood disorder?		
10. Does your child have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem?		
11. In the past 3 months, has your child taken medications that weaken the immune system, such as cortisone, prednisone, other steroids, or anticancer drugs; or have they had radiation treatments?		
12. Does your child live with or expect to have close contact with a person whose immune system is severely compromised so they have to live in a protective environment, such as an isolation ward for a bone marrow transplant?		
13. Is your child or teen (2 years through 17 years of age) receiving aspirin therapy or aspirin containing therapy?		
14. Is your child receiving any prescription medications to prevent or treat flu? If yes please list:		
15. Is your child pregnant or does she expect to be pregnant within the next month?		

Additional Notes:

Request for Administration of Influenza Vaccine for the above named recipient: I will receive information about the vaccine and special precautions on the Vaccine Information Sheet prior to my child receiving the vaccine and on the day of vaccination. I have had an opportunity to ask questions regarding the vaccine and understand the risks and benefits. I request and voluntarily consent that the vaccine be given to the person above of whom I am parent or legal guardian and acknowledge that no guarantees have been made concerning the vaccine's success. I hereby release Tennessee Department of Health, their affiliates, employees, directors, and officers from any and all liability arising from any accident, act of omission or commission, which arises during vaccination.

I understand that this document will be given to and retained by the public health department. I give permission for my child's school to retain a copy if needed. I acknowledge that I have been given the Department of Health's Notice of Privacy Practices. I give consent to bill TennCare and/or private insurance for the service provided.

This Consent Form is valid for administration of influenza vaccinations for six (6) months. It may be used to administer a second dose of influenza vaccine, if needed. I understand that I should report any changes of the above information to the health department prior to vaccination.

Parent/Guardian Signature

Date

PLEASE COMPLETE BACK OF FORM



PARENTS: Please answer questions below for all students under age 19 yrs to determine if your child might be eligible for the Vaccine for Children (VFC) program.

Does your child have CoverKids or any type of private medical insurance? If yes, please complete the insurance information below :

Name of Insurance Plan _____

Does insurance cover vaccines? YES NO

Policy Number: _____

Group Number: _____

Name of Subscriber: _____

Member ID: _____

Address To File Claims: _____
(from back of card)

Birth Date of Subscriber: _____

Does your child have TennCare? If yes, circle the health plan and provide ID number:

BlueCare/TennCare Select

United Health Care

Amerigroup

TennCare ID# _____

If your child has private insurance and TennCare, please complete private insurance information above also.

Is your child uninsured?

YES NO

Is your child an American Indian or Alaska Native?

YES NO

Nursing Immunization Documentation

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY

VFC Eligible: YES NO

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY

#1 Manufacturer: Sanofi Seqirus GSK AstraZeneca Other _____

VIS Date: ____/____/____

Site administered: Right Deltoid Left Deltoid Intranasal

Lot number: _____

Signature _____
Signature above indicates immunization given according to PHN Protocol

Date Given: _____

Provider Number: _____

#2 Manufacturer: Sanofi Seqirus GSK AstraZeneca Other _____

VIS Date ____/____/____

Site administered: Right Deltoid Left Deltoid Intranasal

Lot number: _____

Signature _____
Signature above indicates immunization given according to PHN Protocol

Date Given: _____

Provider Number: _____

Las Vacunas Contra la Influenza vienen a la escuela de sus hijos.

- El Departamento de Salud va a estar dando las vacunas contra la influenza en la escuela de su hijo(a) sin ningún costo a usted.
- Si usted quiere que su hijo(a) reciba la vacuna contra la influenza en la escuela.
 1. Favor de imprimir y completar el consentimiento para estudiantes y el formulario de documentación de inmunización contra la influenza. El formulario tiene dos lados así que por favor llene ambos lados. Si usted tiene seguro médico, favor de incluir toda la información requerida de su a seguridad.
 2. Favor de revolver el consentimiento para estudiantes y el formulario de documentación de inmunización contra la influenza a la escuela de su hijo(a).
- Se le va estar informado cuando las vacunas se van a estar dando en la escuela de su hijo(a).
- Las vacunas contra la influenza no se darán sin un consentimiento.
- El spray nasal contra la influenza no se dará en la escuela. Si usted prefiere el spray nasal, por favor llame al departamento de salud.
- Si usted tiene preguntas llame al departamento de salud

DECLARACION DE INFORMACIÓN DE VACUNA

Vacuna (inactiva o recombinante) contra la influenza (gripe): *Lo que debe saber*

Many Vaccine Information Statements are available in English, Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Las hojas de Información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1 ¿Por qué vacunarse?

La influenza (gripe o el “flu”) es una enfermedad contagiosa que se propaga por los Estados Unidos cada año, normalmente entre octubre y mayo.

La influenza es causada por el virus de influenza, y la mayoría de las veces se propaga a través de tos, estornudos y contacto cercano.

Cualquier persona puede contraer la influenza. Los síntomas aparecen repentinamente, y pueden durar varios días. Los síntomas varían según la edad, pero pueden incluir:

- fiebre o escalofríos
- dolor de garganta
- dolor muscular
- cansancio
- tos
- dolor de cabeza
- congestión o secreción nasal

La influenza también puede causar neumonía e infecciones en la sangre, y puede causar diarrea y convulsiones en los niños. Si tiene una condición médica, como cardiopatía o una enfermedad en los pulmones, la influenza la puede empeorar.

La influenza es más grave en algunas personas. Los niños pequeños, gente de 65 años de edad o mayores, mujeres embarazadas y gente con ciertas condiciones físicas o un sistema inmunológico debilitado corren mayor riesgo.

Cada año **miles de personas en los Estados Unidos mueren a causa de la influenza**, y muchas más son hospitalizadas.

La vacuna contra la influenza puede:

- prevenir que usted se enferme de la influenza,
- reducir la severidad de la influenza si la contrae, y
- prevenir que contagie a su familia y otras personas con la influenza.

2 Vacunas contra la influenza inactivas y recombinantes

Se recomienda una dosis de la vacuna contra la influenza cada temporada de influenza. Algunos niños, entre los 6 meses a 8 años de edad, pueden necesitar dos dosis durante la misma temporada de influenza. Todos los demás sólo necesitan una dosis en cada temporada de influenza.

Algunas vacunas antigripales inactivas contienen una muy pequeña cantidad de timerosal, un preservativo que contiene mercurio. Los estudios no han demostrado que el timerosal en las vacunas es dañino, pero hay vacunas antigripales disponibles que no contienen timerosal.

No hay ningún virus vivo en las inyecciones contra la influenza. **No pueden causar la influenza.**

Hay muchos virus de influenza, y cambian constantemente. Cada año se formula una nueva vacuna antigripal para proteger contra 3 o 4 virus que serán los más probables causantes de enfermedad durante la próxima temporada de influenza. Pero incluso cuando la vacuna no previene estos virus, todavía puede proporcionar cierto nivel de protección.

La vacuna contra la influenza no puede prevenir:

- la influenza causada por un virus que no es protegido por la vacuna o
- enfermedades que son similares a la influenza pero no son la influenza.

Toma alrededor de 2 semanas desarrollar protección después de la vacunación, y dicha protección dura a lo largo de la temporada de la influenza.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

Dígale a la persona que lo vacune:

- **Si tiene alguna alergia grave y potencialmente mortal.** Si ha tenido una reacción alérgica y potencialmente mortal después de una vacuna antigripal, o si es gravemente alérgico a cualquier componente de esta vacuna, se le podrá aconsejar que no se vacune. La mayoría, pero no todas, las vacunas antigripales contienen una pequeña cantidad de proteína de huevo.
- **Si ha tenido el Síndrome de Guillain-Barré (también conocido como GBS).** Algunas personas con antecedentes de GBS no deben recibir esta vacuna. Debe consultar a su médico sobre esto.
- **Si no se siente bien.** Normalmente está bien el ser vacunado contra la influenza cuando está levemente enfermo, pero es posible que se le pida regresar cuando se sienta mejor.

4 Riesgos de reacción a la vacuna

Igual que cualquier medicamento, incluyendo las vacunas, hay riesgo de efectos secundarios. Normalmente son leves y se resuelven solos, pero también pueden ocurrir reacciones graves.



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

La mayoría de las personas que se vacunan contra la influenza no tienen ningún problema con la vacuna.

Problemas leves que pueden ocurrir después de la vacuna antigripal inactiva::

- Dolor, enrojecimiento o hinchazón donde recibió la inyección
- Ronquera
- Dolor, enrojecimiento o comezón en los ojos
- Tos
- Fiebre
- Dolores
- Dolor de cabeza
- Comezón
- Cansancio

Si estos problemas ocurren, normalmente comienzan poco después de la vacunación y duran de 1 a 2 días.

Problemas más graves que pueden ocurrir después de la vacuna antigripal inactiva incluyen:

- Es posible que haya un riesgo un poco mayor de contraer el Síndrome Guillain-Barré (GBS) después de recibir una vacuna antigripal inactiva. Se estima que este riesgo causa 1 ó 2 casos adicionales por cada millón de personas que recibe la vacunación. Esto es mucho menor que el riesgo de padecer de complicaciones severas causadas por la influenza, lo cual puede ser prevenido a través de la vacuna contra la influenza.
- Los niños pequeños que reciben la vacuna antigripal y la vacuna neumocócica (PCV13) o la vacuna DTaP a la misma vez pueden ser ligeramente más propensos de sufrir convulsiones causadas por fiebre. Pídale más información a su médico. Avísele a su médico si el niño que será vacunado ha tenido convulsiones.

Problemas que pueden ocurrir después de cualquier vacuna inyectada:

- Desmayos breves pueden ocurrir después de cualquier procedimiento médico, incluso la vacunación. Para evitar desmayos y heridas causadas por ellos, siéntese o acuéstese por alrededor de 15 minutos. Avísele a su médico si se siente mareado o si tiene cambios en su visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas padecen de un dolor agudo y amplitud de movimiento reducida en el hombro del brazo donde se recibió la inyección. Esto ocurre muy raramente.
- Cualquier medicamento puede causar una reacción alérgica grave. Tales reacciones a una vacuna ocurren muy raramente, estimados en menos de 1 en un millón de dosis, y normalmente pasa en unos pocos minutos a varias horas después de la vacunación.

Como con cualquier medicamento, hay la posibilidad remota que la vacuna cause daño grave o la muerte.

Siempre se supervisa la seguridad de las vacunas. Para más información, visite www.cdc.gov/vaccinesafety/

5

¿Y si ocurren reacciones graves?

¿En qué me debo fijar?

- Fíjese en cualquier cosa que le preocupe, como los síntomas de una reacción alérgica grave, fiebre muy alta o comportamientos inusuales.

Síntomas de una reacción alérgica grave incluyen ronchas, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad al respirar, ritmo cardíaco acelerado, mareos y debilidad. Estos síntomas empezarán de unos pocos minutos a unas horas después de la vacunación.

¿Qué debo hacer?

- Si cree que hay una reacción alérgica grave u otra emergencia que necesita atención inmediata, llame al 9-1-1 y lleve a la persona al hospital más cercano. Si no, puede llamar a su médico.
- Se debe reportar las reacciones al Sistema de Información sobre Eventos Adversos a Vacunas (VAERS). Su médico debe presentar este informe, o usted puede hacerlo por el sitio web de VAERS: www.vaers.hhs.gov, o llamando al 1-800-822-7967.

VAERS no da consejos médicos.

6

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por Vacunas

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por Vacunas (*Vaccine Injury Compensation Program, VICP*) es un programa federal creado para compensar a aquellas personas que pueden haber sido lesionadas por ciertas vacunas.

Las personas que creen que posiblemente hayan resultado heridas por una vacuna pueden encontrar más información sobre el programa y sobre la presentación de reclamos llamando al 1-800-338-2382 o visitando el sitio web del VICP www.hrsa.gov/vaccinecompensation. Hay un límite de plazo para presentar un reclamo de indemnización.

7

¿Cómo puedo saber más?

- Consulte a su proveedor de la salud. Él o ella le puede dar un folleto con información sobre la vacuna o sugerir otras fuentes de información.
- Llame a su departamento de la salud local o de su estado.
- Contacte a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*):
 - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
 - Visite al sitio web del CDC: www.cdc.gov/flu

Vaccine Information Statement
Inactivated Influenza Vaccine

08/07/2015

Spanish

Office Use Only



Departamento de Salud de Tennessee Proyecto de Vacunación Antigripal en las Escuelas
Formulario de Consentimiento del Estudiante y Formulario de Documentación de Vacunación Antigripal
Si desea que se le administre la vacuna antigripal a su hijo(a), COMPLETE LA INFORMACIÓN EN EL ANVERSO Y EL DORSO DE ESTE FORMULARIO Y FÍRMELO. DE LO CONTRARIO, deténgase aquí y deseche el formulario.

EN LETRA DE MOLDE

Escuela: _____ **Maestro de la clase:** _____ **Grado:** _____

Estudiante: Apellido _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

SEXO: M F **Fecha de nac.:** / / **Edad actual:** _____ **NSS del menor:** _____

RAZA: Asiática Negra India nativa americana De las islas del Pacífico Blanca Otra **ORIGEN ÉTNICO:** Hispano S N

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Padre/Madre/Tutor: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Teléfono de la casa del padre/madre/tutor: () _____ **Teléfono celular:** () _____

TODAS LAS PREGUNTAS TIENEN QUE SER COMPLETADAS Y MARCARSE SÍ O NO PARA QUE EL ESTUDIANTE PUEDA RECIBIR LA VACUNA ANTIGRI PAL. La enfermera que administre la vacuna leerá esta información el día de la vacunación.	SÍ	NO
1. ¿Su hijo(a) alguna vez ha recibido la vacuna antigripal? ¿Cuándo?		
2. ¿Su hijo(a) ha recibido al menos 2 dosis de vacuna contra la Influenza (gripe) estacional desde julio de 2010?		
3. ¿Su hijo(a) alguna vez ha tenido una reacción alérgica a la vacuna antigripal en el pasado? En caso afirmativo, explique:		
4. ¿Su hijo(a) tiene alérgias a algún alimento o medicamento? En caso afirmativo, indíquelo.		
5. ¿Su hijo(a) tiene alérgias a alguno de los ingredientes de la vacuna antigripal?		
6. ¿Su hijo(a) alguna vez ha sido diagnosticado con el síndrome de Guillain-Barré?		
7. ¿Su hijo(a) ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? Nombre de la(s) vacuna(s): _____ Dónde: _____ Fecha en que se administró: _____		
8. En los últimos 12 meses, ¿algún proveedor de atención médica le ha dicho que su hijo(a) tenía sibilancias o asma? (Si la respuesta es sí, la vacuna del virus vivo no se recomienda para los niños de 2 a 4 años)		
9. ¿Su hijo(a) padece de algún problema de salud crónico como cardiopatías, enfermedades pulmonares (asma incluida), renales, neurológicas, hepáticas, metabólicas (diabetes, por ejemplo), o anemia o alguna otra afección de la sangre?		
10. ¿Su hijo(a) tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o algún otro problema del sistema inmunológico?		
11. En los últimos 3 meses, ¿su hijo(a) ha tomado medicamentos que debilitan el sistema inmunológico, como la cortisona, la prednisona y otros corticosteroides o medicamentos contra el cáncer; o ha recibido tratamientos de radiación?		
12. ¿Su hijo(a) vive con o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico está gravemente afectado por lo que tiene que vivir en un entorno bajo protección, como por ejemplo una sala de aislamiento para trasplantes de médula ósea?		
13. ¿Su hijo(a) o hijo(a) adolescente (de los 2 a los 17 años de edad) recibe terapia con aspirina o terapia que contiene aspirina?		
14. ¿Su hijo(a) está tomando algún medicamento recetado para prevenir o tratar la gripe? En caso afirmativo, indíquelo:		
15. ¿Su hija está embarazada o espera quedar embarazada en el próximo mes?		

Notas adicionales: _____

Solicitud de administración de la vacuna antigripal para el destinatario mencionado anteriormente: Antes de que mi hijo reciba la vacuna y el día de la vacunación, recibiré la Hoja de información sobre la vacuna en la que se explica información acerca de la vacuna y las precauciones especiales. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas acerca de la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y de mi propia voluntad doy mi consentimiento para que se administre la vacuna a la persona antes mencionada de la cual yo soy el padre, la madre o tutor legal y reconozco que no se me han dado garantías respecto al éxito de la vacuna. Por el presente exoneró al Departamento de Salud de Tennessee, sus afiliados, empleados, directores y funcionarios de toda y cualquier responsabilidad derivada de cualquier accidente, acto de omisión o comisión, que surgiera durante la vacunación.

Entiendo que este documento será entregado a y retenido por el departamento de salud pública. Doy mi autorización para que la escuela de mi hijo(a) retenga una copia de ser necesario. Acuso recibo de haber recibido el Aviso de las Normas de Privacidad del Departamento de Salud. Doy mi autorización para que se facture a TennCare y/o a los seguros privados por el servicio prestado. **Este Formulario de Consentimiento es válido durante un período de seis (6) meses para la administración de las vacunas antigripales. Puede ser usado para administrar una segunda dosis de la vacuna antigripal, de ser necesario. Entiendo que debo informar al departamento de salud de cualquier cambio de la información anterior antes de la vacunación.**

Firma de la madre/del padre/tutor _____ **Fecha** _____

COMPLETE EL DORSO DEL FORMULARIO



PADRES: Contesten las preguntas siguientes para todos los estudiantes menores de 19 años para determinar si su hijo(a) pudiera ser elegible para el programa de Vacunas Infantiles (VFC, por sus siglas en inglés).

¿Su hijo(a) tiene CoverKids o algún tipo de seguro médico privado? En caso afirmativo, complete la siguiente información respecto al seguro:

Nombre del seguro Plan _____ ¿El seguro cubre las vacunas? Sí NO
 Número de póliza: _____ Número de grupo: _____
 Nombre del Asegurado: _____ ID del afiliado: _____
 Dirección donde enviar las reclamaciones: _____ Fecha de nacimiento del Asegurado: _____
 (en el dorso de la tarjeta)

¿Su hijo(a) tiene TennCare? En caso afirmativo, marque con un círculo el plan de salud y proporcione el número de identificación:

BlueCare/TennCare Select United Health Care Amerigroup

TennCare ID# _____

Si su hijo(a) tiene seguro privado y TennCare, complete también la información del seguro privado que aparece aquí arriba.

¿Su hijo(a) no tiene seguro? Sí NO

¿Su hijo(a) es indio americano o nativo de Alaska? Sí NO

Nursing Immunization Documentation

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY

VFC Eligible: YES NO

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY

#1 Manufacturer: Sanofi Seqirus GSK AstraZeneca Other _____

VIS Date: ____/____/____ Site administered: Right Deltoid Left Deltoid Intranasal

Lot number: _____ Signature _____
Signature above indicates immunization given according to PHN Protocol

Date Given: _____ Provider Number: _____

#2 Manufacturer: Sanofi Seqirus GSK AstraZeneca Other _____

VIS Date ____/____/____ Site administered: Right Deltoid Left Deltoid Intranasal

Lot number: _____ Signature _____
Signature above indicates immunization given according to PHN Protocol

Date Given: _____ Provider Number: _____

