



### 2018-2019 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNAS

La informacion obtenida sera usada para documentar el permiso de su hijo para recibir 2018-2019 vacunas.

Rigros de estas vacunas van hacer compartidas con el registro de vacunas de Wisconsin (WIR).

**ATENCIÓN: SI NO DESEA QUE SU HIJO RECIBA EL TIRO DE LA GRIPE EN LA ESCUELA, POR FAVOR NO DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO / FIRMADO. GRACIAS.**

ESCUELA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

<b>Nombre de Estudiante</b> ( <i>Apellido, Nombre, inicial de Segundo de Nombre</i> ):		<b>Genero:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Fecha de Nacimiento:</b> Mes: _____ Dia _____ Año _____		<b>Nombre de padre/ guardian legal:</b>
<b>Direccion:</b> Calle: _____ Ciudad: _____ estado: <b>WI</b> Codigo Postal: _____		
<b>Numero de telefono de casa:</b> ( _____ ) _____ - _____	<b>Numero de telefono de dia:</b> ( <i>ie. celular / trabajo</i> ) ( _____ ) _____ - _____	

Por favor responda las siguientes preguntas (circule Si or NO):

1. Tiene su hijo una seria alegria al huevo?	SI	NO
2. Tiene su hijo otro alergia seria? Por favor lista: _____	SI	NO
3. Su hijo alguna vez ha tenido una reaccion grave o reaccion alergica a la vacuna contra la gripa?	SI	NO
4. Su hijo alguna vez ha tenido el sindrome de Guillan Barre ( <i>un tipo de debilidad muscular temporal grave</i> ) En el palzo de seis semanas despues de recibir la vacuna contra la gripa?	SI	NO

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN INFANTIL:** He leído o me han explicado. La declaración de información de vacuna para la influenza 2018-2019. La declaración de información sobre la vacunación puede ser vista y descargada en línea en la página web del Departamento de salud [www.co.Clark.Wi.US/healthdepartment](http://www.co.Clark.Wi.US/healthdepartment). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfaccion. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna solicitadas y pido que la vacuna se dada al estudiante nombrado arriba para quien estoy autorizado para hacer esta solicitud.

X \_\_\_\_\_  
Firma de Padre/ Guardian legal \_\_\_\_\_  
Fecha

<b>** FOR OFFICE USE ONLY **</b>	
<b>DOSE:</b> <input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2	
<b>INJECTABLE (intramuscular):</b> Lot#: _____ /Exp: _____	<b>Body site:</b> <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> LV
_____, RN Signature and Title of Person Administering Vaccine	____ / ____ / 2018 Date Vaccine Administered