

**CONSENTIMIENTO PARENTAL PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE ESTACIONAL****SOLO PARA
USO CLÍNICO**ID del distrito
escolarNombre de
la escuela**INFORMACIÓN DEL/DE LA ESTUDIANTE (ESCRIBA SOLO CON TINTA NEGRA)**

PRIMER NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO DEL/DE LA ESTUDIANTE	EDAD	GRADO
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) / /	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	ESCUELA	MAESTRO/A DEL AULA	
RAZA <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro/a o afroamericano/a <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/a			ORIGEN ÉTNICO <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL PADRE, DE LA MADRE O DEL TUTOR		APELLIDO DEL PADRE, DE LA MADRE O DEL TUTOR	TÉLFONO CELULAR DEL PADRE, DE LA MADRE O DEL TUTOR () -	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE, DE LA MADRE O DEL TUTOR		IDIOMA PREFERIDO <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	TÉLFONO DE LA CASA DEL PADRE, DE LA MADRE O DEL TUTOR () -	

INFORMACIÓN DEL SEGURO (COMPLETE TODAS LAS CASILLAS)

¿Su hijo/a tiene SC Medicaid? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Si la respuesta es "Sí", indique el n.º de identificación de SC Medicaid de su hijo/a:
¿Su hijo/a tiene un seguro médico privado? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Si la respuesta es "Sí", indique el n.º de identificación del seguro de su hijo/a. _____ ¿El seguro cubre la vacuna contra la gripe? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO/A

PREGUNTAS PARA DETERMINAR SI SE PUEDE APLICAR LA VACUNA CONTRA LA GRIPE (RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS)

1. Indique si alguna vez su hijo/a ha tenido una <u>reacción grave</u> al huevo O a una vacuna contra la gripe recibida, que le haya causado alguno de los siguientes síntomas: sibilancias, dificultad para respirar, urticaria y comezón en todo el cuerpo, inflamación en la boca o en la garganta, presión arterial muy baja o estado de choque.	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo/a ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (un trastorno poco frecuente de debilidad muscular temporal y parálisis grave)?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>

Si respondió "SÍ" a las preguntas 1 o 2, su hijo/a no puede recibir la vacuna contra la gripe estacional 2023-2024 en la escuela. Comuníquese con el médico de cabecera de su hijo/a.

3. ¿A su hijo/a se le ha administrado la vacuna contra la varicela, el sarampión, las paperas o la rubéola en los últimos 30 días? Nombre de la vacuna: _____ Fecha de administración: _____	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo/a tiene asma o diabetes (u otro tipo de enfermedad del metabolismo), o alguna enfermedad de los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, el sistema nervioso o la sangre (incluida la anemia), o tiene un implante coclear o una pérdida de líquido cefalorraquídeo, o no tiene bazo?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
5. ¿Su hijo/a toma aspirina o algún medicamento que contenga aspirina todos los días?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
6. ¿Su hijo/a tiene un sistema inmunitario débil? (Por ejemplo, debido a un tratamiento contra el cáncer o el VIH/sida, o por tomar medicamentos como los corticosteroides, que pueden debilitar el sistema inmunitario).	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
7. ¿Su hija está embarazada? (Hable sobre esto con su hija para verificarlo).	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
8. ¿Su hijo/a tiene contacto estrecho con una persona que necesita cuidados en un entorno protegido?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
9. Si su hijo/a tiene entre 2 y 4 años, indique si ha tenido algún episodio de sibilancias en los últimos 12 meses.	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>
10. Indique si su hijo/a recibió, recientemente, alguno de los siguientes medicamentos antivíricos en los períodos especificados a continuación: <ul style="list-style-type: none">oseltamivir o zanamivir en las últimas 48 horasperamivir en los últimos 5 díasbaloxavir en los últimos 17 días	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>

Si respondió "SÍ" a una de las preguntas de la 3 a la 10, su hijo/a no puede recibir la vacuna contra la gripe en aerosol nasal. Recibirá la vacuna antigripal inyectable.

Si respondió "NO" a las preguntas de la 3 a la 10, seleccione el tipo de vacuna que prefiere que reciba su hijo/a:
Si no selecciona ninguna opción, se administrará la VACUNA ANTIGRIPAL INYECTABLE.

- Vacuna antigripal inyectable (vacuna contra la gripe inactivada tetravalente [IIV4])
 Aerosol nasal (vacuna contra la gripe elaborada con microbios vivos, atenuada [LAIV])

Si su hijo/a tiene menos de 9 años, responda lo siguiente:

Contando todas las dosis de la vacuna contra la gripe recibidas hasta el 1 de julio de 2023, ¿su hijo/a ha recibido un total de 2 dosis?
Si la respuesta es "No" o no está seguro/a, es posible que su hijo/a necesite 2 dosis de la vacuna contra la gripe esta temporada.

NO SÍ NO ESTOY SEGURO/A

DEBE FIRMAR EN LA PÁGINA SIGUIENTE PARA QUE SE ACEPTE EL CONSENTIMIENTO

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Al firmar abajo, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información personal de salud de mi hijo/a para fines de salud pública y evaluación del programa. El aviso de privacidad del Departamento de Salud y Control Ambiental (Department of Health and Environmental Control, DHEC) se puede obtener en el siguiente enlace: <http://www.scdhec.gov/sites/default/files/Library/ML-025046.pdf>, o se puede recibir una copia del aviso si se la solicita.

Si corresponde, al firmar abajo, solicito que se realice el pago de los beneficios de Medicaid en mi nombre al DHEC por cualquier servicio prestado a mi hijo/a. Autorizo al DHEC a intercambiar información médica u otra información confidencial de mi hijo/a, según sea necesario, con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), sus agentes u otros agentes necesarios para determinar los beneficios relacionados con la prestación del servicio. Estoy de acuerdo en participar en los planes de tratamiento y en la asignación de los beneficios de Medicaid al DHEC por los servicios prestados.

Autorización para la vacunación: Solicito voluntariamente al DHEC que administre la vacuna contra la gripe estacional a mi hijo/a mencionado/a anteriormente, y doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba la vacuna contra la gripe estacional en la escuela, que será administrada por el personal del DHEC. He leído atentamente y he respondido con precisión las preguntas de la página anterior, y entiendo que proporcionar información incorrecta podría causar graves riesgos a mi hijo/a. Entiendo que la vacuna se administrará de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) y con las respuestas que he dado a las preguntas de la 1 a la 10 de la página anterior. He leído la Declaración de información sobre las vacunas contra la gripe: vacuna antigripal inyectable: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.pdf> aerosol nasal: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu-live.pdf>. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna. Entiendo los riesgos y los beneficios de la vacuna. En caso de exposición ocupacional durante la administración de la vacuna antigripal, y si el DHEC lo considera necesario, doy mi consentimiento para que el DHEC le haga un análisis de sangre a mi hijo/a.

Entiendo que se le comunicará al Registro de Vacunación de Carolina del Sur (SC Immunization Registry) la información de mi hijo/a con fines de salud pública. Entiendo que este consentimiento tiene una validez de sesenta (60) días a partir de la fecha en que lo firme. También entiendo que es mi responsabilidad informarle al personal de enfermería de la escuela si cambio de opinión después de dar mi consentimiento o si mi hijo/a recibe la vacuna contra la gripe antes de la actividad de la escuela o si hay algún cambio en la salud de mi hijo/a, que afecte cualquiera de las respuestas del cuestionario. Tengo la autoridad legal, según mi relación con la persona indicada anteriormente, para dar el consentimiento para la administración de esta vacuna.

FIRMA DEL PADRE, DE LA MADRE O DEL TUTOR	FECHA / /
-------------------------------------------------	---------------------

DETALLES DE LA VACUNACIÓN (Influenza V04.81) SOLO PARA USO CLÍNICO. ESCRIBA SOLO CON TINTA NEGRA

VACUNA <input type="checkbox"/> IIV4 <input type="checkbox"/> LAIV	ELEGIBILIDAD <input type="checkbox"/> VACUNAS INFANTILES (VACCINES FOR CHILDREN, VFC) DE MEDICAID <input type="checkbox"/> VFC PARA INDÍGENAS ESTADOUNIDENSES O NATIVOS/AS DE ALASKA <input type="checkbox"/> VFC PARA PERSONAS NO ASEGURADAS (SIN SEGURO) <input type="checkbox"/> SEGURO ESTATAL CON COBERTURA INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> SEGURO ESTATAL		
FECHA DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA (VIS) 08/06/2021	FABRICANTE: <input type="checkbox"/> GLAXOSMITHKLINE <input type="checkbox"/> ASTRA ZENECA <input type="checkbox"/> SANOFI PASTEUR		LUGAR DE ADMINISTRACIÓN <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Otro _____
	NÚMERO DE LOTE		
ENFERMERO/A	Enfermero/a: Por la presente, doy fe con mi firma de que el/la paciente (o su tutor/a) en cuestión ha recibido las hojas informativas sobre la vacuna contra la gripe y ha dado su consentimiento por escrito para la administración de la vacuna.		FECHA / /
			CÓDIGO E CÓDIGO DEL CONDADO
FIRMA DEL MAESTRO O DE LA MAESTRA DEL AULA O DE LA PERSONA DESIGNADA DE LA ESCUELA	Maestro/a o persona designada de la escuela: Por la presente, doy fe con mi firma de que se ha verificado la identidad del/de la paciente en cuestión.		FECHA / /

<input type="checkbox"/> Se entregó al/a la estudiante el formulario "Lo que hay que saber después...".	<input type="checkbox"/> 1.ª dosis de la vacuna contra la gripe
<input type="checkbox"/> No se puede vacunar debido a _____ El formulario "No se puede vacunar" se entregó al/a la estudiante o a la escuela.	<input type="checkbox"/> 2.ª dosis de la vacuna contra la gripe

Notas:

DETERMINACIÓN PRECLÍNICA (SOLO PARA USO CLÍNICO)	NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE
ELEGIBILIDAD PARA LA DOSIS: <input type="checkbox"/> VFC DE MEDICAID <input type="checkbox"/> VFC PARA INDÍGENAS ESTADOUNIDENSES O NATIVOS/AS DE ALASKA <input type="checkbox"/> VFC PARA PERSONAS NO ASEGURADAS (SIN SEGURO) <input type="checkbox"/> SEGURO ESTATAL CON COBERTURA INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> SEGURO ESTATAL	Número de identificación federal (Federal Identification Number, FIN)
	Fecha de nacimiento / /

CONSENTIMIENTO PARENTAL PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE ESTACIONAL DEL

DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONTROL AMBIENTAL DE CAROLINA DEL SUR

Instrucciones para completar el documento

Objetivo:

El objetivo del Consentimiento parental para la vacunación contra la gripe es contar con un formulario que contenga la información del/de la estudiante y el seguro, las preguntas para determinar si se puede aplicar la vacuna antigripal, y la autorización y el consentimiento junto con la documentación clínica.

Instrucciones:

Instrucciones detalladas:

1. El padre o la madre completarán el anverso del formulario, que incluye la información sobre el/la estudiante y el seguro, las preguntas para determinar si se puede aplicar la vacuna antigripal, y la autorización y el consentimiento.
2. El personal del DHEC hará todo lo posible para asegurarse de que el padre o la madre hayan completado todo el anverso del formulario. Si estuviera incompleto, el personal de enfermería de salud pública se contactará con el padre o la madre y registrará la información adicional en la sección de notas del reverso del formulario.
3. El personal de enfermería de salud pública accederá a la información obtenida para determinar si se puede aplicar la vacuna y registrará la elegibilidad correspondiente y la segunda dosis si es necesaria.
4. Se completará la documentación sobre la primera y la segunda dosis de la vacuna luego de que el personal de enfermería de salud pública haya administrado la vacuna, de la siguiente manera:
 - a. **Formulación de la vacuna:** Marque la casilla adecuada en función de la vacuna administrada.
 1. **IIV4:** vacuna contra la gripe inactivada tetravalente
 11. **LATV:** vacuna contra la gripe elaborada con microbios vivos, atenuada (aerosol nasal)
 - b. **Tipo de elegibilidad:** Marque la casilla que corresponda, en función de la elegibilidad del/de la paciente.
 1. **VFC de Medicaid**
 11. **VFC para indígenas estadounidenses o nativos/as de Alaska**
 111. **VFC para personas no aseguradas (sin seguro)**
 - 1v. **Seguro estatal con cobertura insuficiente**
 - v. **Seguro estatal**
 - c. **Fabricante/lote:** Ingrese el número de lote y el fabricante de la vacuna administrada (utilice la etiqueta si está permitido).
 - d. **Lugar de la aplicación:** Marque la casilla correspondiente.
 1. **DI:** deltoides izquierdo
 11. **DD:** deltoides derecho
 111. **Otro:** un lugar distinto de los mencionados anteriormente
 - e. **Firma del personal de enfermería:** El personal de enfermería que administró la vacuna colocó su firma legal.
 - f. **Fecha:** Utilice dos dígitos para escribir el mes y el día, y cuatro para el año en que se administró la vacuna.
 - g. **Código E:** Ingrese un código E de cuatro dígitos.
 - h. **Código del condado:** Ingrese un código de condado de dos dígitos.
 1. **Firma y fecha del maestro o de la maestra del aula asignado/a para el/la paciente o estudiante:** Maestro/a del aula que puede identificar si el/la estudiante colocó su firma legal y la fecha actual.
 - j. **“Lo que hay que saber después...”:** Marque la casilla si el/la estudiante recibió el formulario “Lo que hay que saber después...” (CR 010745).
 - k. **“No se puede vacunar debido a...”:** Marque la casilla si no se puede vacunar y escriba el motivo en el espacio en blanco. El/la estudiante debería recibir el formulario CR 010743.

Mecanismos y proceso de archivo de la oficina:

Según lo establecido en la política de historias clínicas de la agencia, el formulario se archivará por lote en el condado en el que se administró la vacuna.