

For school office use: Place sticker/stamp with school address here

Si usted quiere la vacuna en la escuela, llene esta forma a fondo e incluya la información de seguro médico, y devuelva antes de (fecha) \_\_\_\_\_ a la enfermera de la escuela

Apellido legal del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
 FDN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre de soltera de la madre: \_\_\_\_\_  
Mes / día / año  
 Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: **NM** Zip: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Apt. # / Unidad  
 # Estudiante: \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino **Etnicidad:**  Hispano  No-Hispano **Raza:**  Blanco  Negro/Africano-Americano  Indio Americano/Nativo Americano/Nativo de AK  Hawaiano/Isleño del Pacífico  Asiático  Otra

**INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO—Llene la categoría apropiada—REQUERIDA**

Medicaid/ Centennial Care # Póliza / # ID Miembro \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_ # Centennial Care (Medicaid) \_\_\_\_\_  
 Seguro privado # ID Miembro \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado FDN del asegurado  
 Sin Seguro

Blue Cross Blue Shield  
 Molina Healthcare  
 Presbyterian Health Plan  
 United Healthcare  
 Otro seguro—escriba la compañía \_\_\_\_\_



**PREGUNTAS DE EVALUACIÓN MÉDICA—REQUERIDA**

Si usted, contesta Si a alguna de las preguntas 1-4, su niño(a) no podría ser vacunado(a) en la escuela.  
 Este año, **SOLO VACUNAS INYECTABLES** estarán disponibles. La enfermera verificará la elegibilidad basada en sus contestaciones.

	NO	SI
1) ¿Tiene su niño(a) una alergia severa a (dificultad a respirar, cara/labios hinchados, vómitos periódicos) huevos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ¿En el pasado, alguna vez su niño(a) ha tenido una reacción severa a la vacuna de influenza, o desarrollado el síndrome Guillain-Barré (debilidad severa temporal de los músculos)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿Tiene su niño(a) hemofilia (un desorden severo de sangrado)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Este año, ha recibido su niño(a) la vacuna contra la influenza—desde agosto 2017? En caso de que sí, en qué fecha? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Tiene su niño(a) sensibilidad o alergias al látex? (En caso de que sí, no se utilizarán guantes de látex).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La pregunta 6 ayudará a determinar si su niño(a) (menor de 9 años) necesitará una o dos dosis de la vacuna.

	NO	SI
6) ¿Ha recibido su niño(a) al menos dos dosis de la vacuna contra la influenza antes de julio de 2017? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN DEL NIÑO(A) EN LA ESCUELA—REQUERIDA**

He leído o se me ha explicado la Declaración de Información de la Vacuna Inyectable Contra la Influenza. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y autorizo al niño(a) nombrado arriba a recibir la vacuna contra la influenza en su escuela. **Si mi niño(a) es menor de 9 años y si es determinado que necesita una segunda dosis, también autorizo la segunda dosis si es ofrecida en la escuela.** A menos que firme una declaración diciendo lo contrario, autorizo a que la información de vacunación sea entrada en el Sistema Estatal de Información de Vacunación de Nuevo México (NMSIIS) y que esté disponible a otros proveedores de la salud para evitar vacunaciones innecesarias y para averiguar historiales de vacunación. La Política Revisada de Privacidad de NMDOH está disponible en <http://nmhealth.org/help/privacy/> y será ofrecida a todos los estudiantes cuando reciban la vacuna. **Me comunicaré con la enfermera de la escuela para retirar esta autorización, en caso de que mi niño(a) sea vacunado(a) antes del día de la clínica.**

Firma del padre/guardián legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del padre/guardián legal (claro y en mayúsculas) \_\_\_\_\_

For clinic use (this section must be completed by the medical provider)		Current VIS date: 8-7-2015	Required: Date VIS given to patient (stamp or print)
<b>Dose #1</b> VACCINE: <input type="checkbox"/> IIV Flucelvax Seqirus <input type="checkbox"/> Other _____	Lot # _____		
Site of administration: <input type="checkbox"/> R Deltoid <input type="checkbox"/> L Deltoid <input type="checkbox"/> Other _____	Exp. date _____		
Signature: _____ <small>Date vaccinated Name and title of vaccine administrator</small>	Preceptor name and credentials _____		<b>Dose #1</b> VFC PIN # _____ Date NMSIIS data entry: _____
<b>Dose #2</b> VACCINE: <input type="checkbox"/> IIV Flucelvax Seqirus <input type="checkbox"/> Other _____	Lot # _____		
Site of administration: <input type="checkbox"/> R Deltoid <input type="checkbox"/> L Deltoid <input type="checkbox"/> Other _____	Exp. date _____		
Signature: _____ <small>Date vaccinated Name and title of vaccine administrator</small>	Preceptor name and credentials _____		<b>Dose #2</b> VFC PIN # _____ Date NMSIIS data entry: _____