



2023-2024 Registro De Administración De La Vacuna Antigripal Infantil

Nombre del niño(a) (<i>Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre</i>):		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha De Nacimiento Del Menor: Mes: _____ Día _____ Año _____	Nombre Del Padre/Tutor Legal:	
Dirección: Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: WI Código Postal: _____		
Número De Teléfono De Los Padres: ()		

Responda a las siguientes preguntas (marque SI o NO):

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón para no vacunar hoy a su hijo contra la gripe inactivada inyectable. Si responde "SI" a alguna pregunta, no significa necesariamente que su hijo no deba ser vacunado. Sólo significa que deben hacerse preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, por favor llame a la Línea Directa de Inmunización del Departamento de Salud del Condado de Clark (CCHD) (715) 743-5292.

1. ¿El niño(a) que se va a vacunar está enfermo hoy?	SI	NO
2. ¿Tiene el niño que va a ser vacunado alergia a algún ingrediente componente de la vacuna?	SI	NO
3. ¿El niño que va a ser vacunado ha tenido alguna vez en el pasado una reacción grave a la vacuna de la gripe?	SI	NO
4. ¿El niño que va a ser vacunado ha padecido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave y temporal) en las seis semanas siguientes a recibir una vacuna antigripal?	SI	NO

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO: He leído, o me han explicado, la Declaración de Información sobre la Vacunación para la Vacuna contra la Gripe Estacional 2023-2024. La Declaración de Información sobre la Vacunación puede verse y descargarse en línea en <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.pdf>. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna solicitada y pido que se administre la vacuna al niño nombrado arriba para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

X _____
Firma Del Padre O Tutor Legal

Fecha

Nota: El CCHD no vacunará a un niño sin un formulario de consentimiento firmado por un padre/tutor legal. El CCHD revisará el registro de vacunas del niño para asegurarse de que la vacuna contra la gripe no haya sido administrada durante la temporada de influenza actual antes de administrar una vacuna contra la gripe.

STOP - FOR CLINIC/OFFICE USE ONLY	
DOSE: <input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2	
INJECTABLE (intramuscular): Lot#: _____ / Exp: 6/30/2024	Body site: <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> LV
_____, RN	_____/_____/_____
Signature & Title of Person Administering Vaccine	Date Vaccine Administered
<input type="checkbox"/> WIR	