



STERLING PUBLIC SCHOOLS

Donde los niños logran!

Padres:

Por favor marque una de las cajas de abajo y envíe este formulario a la escuela de su hijo. Recuerde, la única manera que su hijo podrá recibir una vacuna gratuita de la influenza H1N1 es si usted llena este formulario, lo firma, y lo envía a la escuela de su hijo.

Las cuatro maneras en que usted puede entregar este formulario de autorización para la vacuna de la influenza H1N1 incluye:

1. Entregar en persona la autorización firmada a la escuela antes de la fecha indicada arriba. Usted, o su hijo, pueden dárselo a su maestro o enfermera de la escuela.
2. Enviar la autorización firmada por medio de fax a la enfermera de la escuela de su hijo.
3. Enviar la autorización firmada por medio de correo electrónico a la enfermera de la escuela (únicamente en formato pdf)
4. Traer personalmente la autorización firmada cuando usted acompañe a su hijo para la vacunación.

No, no deseo que mi hijo reciba la vacuna de la influenza H1N1 en su escuela.

Si, quiero que mi hijo reciba la vacuna de la influenza H1N1 en su escuela. Como padre/guarda, **no estaré presente** cuando se le de la vacuna, y doy permiso a que la escuela administre la vacuna en mi ausencia.

Si, quiero que mi hijo reciba la vacuna de la influenza H1N1 en su escuela. Como padre/guarda, **yo estaré presente** cuando se le de la vacuna, y no quiero que la escuela administre la vacuna sin que yo este presente.

* Si usted escogió esta opción, por favor haga los arreglos necesarios para que se administre la vacuna después del horario de clases.

FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA LA VACUNA DE LA INFLUENZA H1N1 2009

Sección 1: Información de la persona que recibirá la vacuna (por favor con letra legible)

NOMBRE (Apellido)	(Primer Nombre)	(Inicial del Segundo Nombre)	FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Día _____ Año _____	
NOMBRE DEL PADRE/GUARDA LEGAL	(Primer Nombre)		EDAD	GENERO
DIRECCION			NUMERO DE TELEFONO DEL PADRE/GUARDA:	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		
NOMBRE DE LA ESCUELA (si la recibirá en la escuela)			GRADO (si la recibirá en la escuela)	

Sección 2: Investigación para la Elegibilidad de la Vacuna

Si su hijo ya ha sido vacunado con la vacuna de la gripe H1N1 2009, por favor indique el número de dosis y fechas de vacunación.

Dosis 1 Fecha en que la recibió: mes _____ día _____ año _____

Tiene la persona que va a recibir la vacuna algo de lo siguiente:	SI	NO
1. Tiene una severa alergia al huevo?		
2. Sabe usted si tiene alguna otra alergia seria? Por favor indique: _____		
3. Alguna vez ha tenido alguna seria reacción a una dosis previa de la vacuna de la gripe?		
4. Alguna vez ha tenido el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severo temporal) dentro de 6 semanas de recibir la vacuna de la gripe?		

Sección 3: Autorización

AUTORIZACION PARA LA VACUNIZACION

He leído o se me ha explicado la información de la declaración para la Vacuna de la Influenza H1N1 2009 y entiendo los riesgos y beneficios.

DOY MI AUTORIZACION al departamento de salud ESTATAL/LOCAL y a su personal para que la persona indicada arriba de este formulario sea vacunado con esta vacuna. (Si este formulario no está firmado, fechado y entregado, su hijo no será vacunado en la escuela.)

Firma del Padre/Guarda Legal _____

Fecha: mes _____ día _____ año _____

La sección de abajo debe ser llenada por el personal del Departamento de Salud del Condado Whiteside (WCHD).

Fecha de Administración	Locación	Fabricación/Lote	Vacuna Administrada por