

Student ID # _____



ALUMNA/O

Formulario De Consentimiento Anual Para La Vacuna Aerosol Nasal Contra La Influenza

Sección 1: Información sobre el Niño o Niña para Recibir Vacuna (por favor escriba en letra de imprenta)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)		(Nombre De Pila)	(Inicial Del Segundo Nombre)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	
NOMBRE DE LOS PADRES/GUARDIANES (Apellido)		(Nombre De Pila)	(Inicial Del Segundo Nombre)	Mes	Día Año
DIRECCIÓN			NUMERO DE TELEFONO DIURNO DE LOS PADRES/GUARDIANES:		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		ETHNIA: <input type="checkbox"/> HISPANIC <input type="checkbox"/> NON-HISPANIC <input type="checkbox"/> DECLINE TO ANSWER	
NOMBRE ESCOLAR	MAESTRO/A Y GRADO		RAZA: <input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> AFRICIAN AMERICAN <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> HISPANIC OR LATIN <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN <input type="checkbox"/> PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> DECLINE TO ANSWER		

Sección 2: Selección de Elegibilidad de la Vacuna Por Favor, marque Si o NO para cada pregunta.

¿Ha recibido su hijo o hija al menos una (1) dosis de la vacuna contra la influenza de temporada desde 1 Julio, 2024? SI NO

Favor de responder para los niños menores de 19 años:	SI	NO
1. ¿Es elegible el niño para MediCal o ya tiene MediCal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene el niño seguro médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es el niño nativo-Americano o nativo de Alaska?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene el niño seguro médico insuficiente? (niños con seguro médico que no cubre todas las vacunas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si su hijo o hija puede recibir la vacuna contra la influenza.		
5. ¿Su hijo o hija tiene implantes cocleares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Su hijo o hija tiene una alergia grave a los huevos o Gentamycin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido su hijo o hija alguna vez una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido su hijo o hija el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa temporal) dentro de 6 semanas después de recibir una vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay dos tipos de vacuna contra la influenza estacional. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a saber cuál de los dos tipos de vacuna puede recibir su hijo o hija.		
9. ¿Ha recibido su hijo o hija alguna vacuna en los últimos 30 días? (Por ejemplo, el Triple Viral SRP "MMR", SR y (o) vacuna contra la varicela "Chicken Pox".) Vacuna: _____ Fecha dada: Mes _____ Día _____ Año _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene su hijo o hija alguno de los siguientes: Asma, Diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica) o enfermedad de los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, los nervios o la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Su hijo o hija recibe aspirina a largo plazo o terapia que contenga aspirina (por ejemplo, su hijo toma aspirina todos los días)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tiene su hijo o hija un sistema inmunitario débil (por ejemplo, de VIH, Cáncer o medicamentos como los esteroides o los que se usan para tratar el cáncer, o Anemia Falciforme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Está embarazada su hija?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Tiene su hijo o hija contacto cercano con una persona que necesita atención en un entorno protegido (por ejemplo, alguien que haya recibido recientemente un trasplante de médula ósea o de un órgano)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN INFANTIL:

He leído o me han explicado la Declaración de información sobre la vacuna 2021, (8/6/21 ed.) para la vacuna contra la influenza estacional y entiendo los riesgos y beneficios. Eximo de responsabilidad al distrito escolar, al sitio escolar y al individuo que administra la vacuna. Reconozco que no se ha proporcionado ninguna garantía para el éxito de la vacuna. Al firmar, el espacio para la firma que se proporciona a continuación, **DOY MI CONSENTIMIENTO** al Stockton Unified School District a su personal para mi hijo o hija, nombrado en la parte superior de este formulario, para recibir la vacuna inyectable o la vacuna intranasal según corresponda en función de las respuestas al cuestionario anterior. Si es la primera vez que un niño menor de 9 años recibe la vacuna contra la influenza, se recomienda una segunda dosis de la vacuna al menos 4 semanas después de la primera dosis. Además, entiendo que, si este formulario de consentimiento no está firmado, mi hijo no será vacunado. Tenga en cuenta que las vacunas se ingresarán en el sistema de información de salud pública del condado.

Firma Del Padre/Guardián Legal _____ **Fecha: Mes** _____ **Día** _____ **Año** _____

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Vaccine	Route	Date Dose Administered	IM Site	Administrator	Lot Number	Health Futures ID#
Influenza	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	/ /				
Influenza	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	/ /				



STUDENT

**Annual Influenza Vaccine Consent Form
FLU INJ. and NASAL SPRAY**

Student ID # _____

Section 1: Information about Child to Receive Vaccine (please print)

STUDENT'S NAME (Last)		(First)	(M.I.)	STUDENT'S DATE OF BIRTH Month Day Year		
PARENT/LEGAL GUARDIAN'S NAME (Last)		(First)	(M.I.)	STUDENT'S AGE		STUDENT'S GENDER M / F
ADDRESS				PRINT PARENT/GUARDIAN DAYTIME PHONE #:		
CITY	STATE	ZIP		ETHNICITY: <input type="checkbox"/> HISPANIC <input type="checkbox"/> NON-HISPANIC <input type="checkbox"/> DECLINE TO ANSWER		
SCHOOL	TEACHER/GRADE		RACE: <input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> HISPANIC OR LATIN <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN <input type="checkbox"/> PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> DECLINE TO ANSWER			

Section 2: Screening for Vaccine Eligibility Please mark YES or NO for each question.

*Has your child received at least (1) dose of seasonal influenza vaccine since July 1, 2024? YES NO

Please answer for persons under the age of 19 years old:		YES	NO
1. Is your child Medi-Cal eligible/have Medi-Cal?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is your child uninsured?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is your child Native American Indian or Alaskan Native?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is your child underinsured? (Children with health insurance that does not cover all immunizations)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The following questions will help us to know if your child can receive the influenza vaccine.			
5. Does your child have cochlear implants?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Does your child have a serious allergy to eggs or Gentamycin?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Your answers to the following questions will determine if your child will receive an injection or nasal mist.			
9. Has your child received any vaccine (not just flu) within the past 30 days? (e.g., MMR and (or) Varicella "Chicken Pox" vaccine.) Vaccine: _____ Date given: month _____ day _____ year _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Does your child have any of the following: Asthma, Diabetes (or other type of metabolic disease), or disease of the lungs, heart, kidneys, liver, nerves, or blood?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Is your child taking long-term aspirin or aspirin-containing therapy (does your child take aspirin everyday)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Does your child have a weak immune system (for example, from HIV, Cancer, Medications such as steroids or those used to treat Cancer, or Sickle Cell Anemia)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Is your child pregnant?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Does your child have close contact with a person who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow or organ transplant)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENT FOR CHILD'S VACCINATION:

I have read or had explained to me the 2021 Vaccine Information Statement, (8/6/21 ed.) for the seasonal influenza vaccine and understand the risks and benefits. I hold harmless the school district, school site, and individual administering the vaccine. I acknowledge that no guarantee has been provided for the success of the vaccine.

By signing, the signature space provided below, **I GIVE CONSENT** to the Stockton Unified School District and its staff for my child, named at the top of this form, to receive either the injectable vaccine or the intranasal vaccine as appropriate based on the answers to the above questionnaire. If this is the first time a child under 9 years of age receives the influenza vaccine, a second dose of the vaccine is recommended at least 4 weeks after the first dose. Furthermore, I understand that if this consent form is not signed, my child will not be vaccinated. Please note that immunizations will be entered into the county Public Health information system.

Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date: Month _____ Day _____ Year _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Route	Date Dose Administered	IM Site	Administrator	Lot Number	Health Futures ID#
Influenza	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	/ /				
Influenza	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	/ /				