

**Departamento de Salud del Condado de Durham
Programa de vacunación con el aerosol nasal FluMist -2009**

Por favor, complete este formulario si desea que su niño/a reciba gratuitamente el aerosol nasal *FluMist* en la escuela en esta fecha _____.

SE DEBE devolver este formulario al maestro/a de su niño/a antes del **2 de octubre, 2009.**

***** NO devuelva este formulario si NO desea que su niño/a reciba la vacuna FluMist *****

Información del menor:

Nombre _____ **Grado:** _____
Apellido(s): Primer nombre: Inicial de segundo

nombre

Nombre de la escuela: _____ **Nombre del maestro(a)** _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ **Edad:** _____ **Masculino** **Femenino**
Mes Día Año

Dirección de casa: _____, NC _____
Dirección domiciliaria: Ciudad Código Postal

Información para comunicarse con el padre, madre o tutor legal:

Nombre de la madre/ tutor legal () _____ - _____ Teléfono particular () _____ - _____ Número de teléfono del trabajo/celular

Nombre del padre/ tutor legal () _____ - _____ Teléfono particular () _____ - _____ Número de teléfono del trabajo/celular

Nombre del contacto en caso de emergencia () _____ - _____ Teléfono del hogar () _____ - _____ Número de teléfono del trabajo/celular

Por favor, responda "Sí" o "No" con un círculo a cada una de las siguientes preguntas: Para que su niño/a tenga derecho a recibir el aerosol nasal FluMist, DEBE responder todas las preguntas. Si necesita clarificación o más información sobre una pregunta, puede llamar a la Sra. Clementine Buford al Departamento de Salud del Condado de Durham al teléfono 560-7835.

Mi niño/a ya ha recibido la vacuna triple vírica contra el sarampión, las paperas y la rubéola (por sus siglas en inglés, MMR) o contra la varicela (en inglés, chickenpox) <i>en las últimas cuatro (4) semanas.</i>	Sí	No
Mi niño/a ha sufrido una reacción que puso en peligro su vida a la vacuna contra la GRIPE en el pasado.	Sí	No
Mi niño/a ha sufrido una reacción alérgica severa (urticaria o problemas para respirar) a huevos, gentamicina, gelatina, MSG o arginina (todos ingredientes de la vacuna contra la gripe).	Sí	No
Mi niño/a actualmente está recibiendo tratamiento de largo plazo con aspirina.	Sí	No
Mi niño/a ha sufrido el síndrome de Guillain-Barré.	Sí	No
Mi niño/a padece de una enfermedad como el cáncer, lupus, VIH/SIDA, o está tomando medicamentos como los esteroides o está sometido a quimioterapia que disminuye la resistencia del cuerpo a la infección.	Sí	No
Mi niño/a presenta una condición de salud como trastornos crónicos del corazón, trastornos del pulmón, trastornos renales, trastornos musculares o nerviosos (tales como convulsiones), diabetes, trastornos sanguíneos (como anemia de células falciformes) o mi hija pudiera estar embarazada.	Sí	No

Mi niño/a visita con frecuencia a una persona que tiene un sistema inmunológico seriamente debilitado, a una persona a quien se le ha practicado un trasplante de médula ósea Y ACTUALMENTE se encuentra en una habitación de presión negativa del hospital O BIEN , se encuentra actualmente en el hospital bajo tratamiento de quimioterapia.	Sí	No
Mi niño/a ya ha recibido la vacuna contra la GRIPE este otoño (2009).	Sí	No
Mi niño/a ha sido diagnosticado(a) con asma, O BIEN , es menor de cinco (5) años de edad y ha tenido múltiples episodios de jadeos o sibilancias, o ha tenido un episodio de jadeos o sibilancias en los últimos doce (12) meses.	Sí	No

Le enviaremos a casa con su niño/a la información de su niño/a sobre la vacunación con el aerosol FluMist.

Mi niño(a) es: (Marque con \checkmark todas las respuestas que correspondan)

- Indio americano o nativo de Alaska
- Tiene un **número de identificación como beneficiario de Medicaid** _____ - _____ - _____
- No tiene seguro médico
- Tiene seguro médico pero no cubre inmunizaciones

Sí, brindo permiso para que mi niño/a, _____, **escriba el nombre del niño/a aquí**

reciba FluMist (aerosol nasal) en la escuela. Esta vacuna se administra sin costo alguno. Entiendo que si mi niño/a tiene menos de nueve (9) años de edad y nunca ha recibido la vacuna contra la gripe, él o ella deberá recibir una segunda dosis dentro de un (1) mes a partir de hoy durante la temporada de la gripe. He leído la declaración de información de la vacuna LAIV (FluMist) y el médico del mi niño/a o el Departamento de Salud del Condado de Durham han respondido todas mis preguntas. Entiendo que tengo la oportunidad de evaluar el *Aviso de Prácticas de Privacidad* del Departamento de Salud Pública del Condado de Durham llamando a la enfermera de la escuela o al Departamento de Salud del Condado de Durham al **919-560-7835** y solicitando una copia.

Firma del padre, la madre o el tutor legal del niño/a

Fecha

Por favor, devuelva este formulario completado al maestro/a de su niño/a antes del **2 de octubre, 2009** para que su niño/a pueda participar en el Proyecto de Vacunación FluMist en las Escuelas.

**** NO devuelva este formulario si NO desea que su niño/a reciba la vacuna contra la gripe.****

Le sugerimos que consulte a su médico privado o al Departamento de Salud del Condado de Durham sobre la vacuna contra la gripe.

Solo para uso por parte del departamento de salud local:

Fecha	Tipo de vacuna	Ruta	No. de lote del fabricante	Fecha de VIS	Firma de la enfermera
	FluMist	Intranasal			

Al niño/a que cumplió con los requisitos no se le administró la vacuna hoy debido a: Enfermedad No cooperó Estuvo ausente Otro