



SPANISH VERSION
Formulario de revisión, consentimiento y administración
Public Health CHILD 6 months-18 years
2026-2027 FLU VACCINES
SCREENING, CONSENT & ADMINISTRATION FORM

Rev 9/03/2026



Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ meses o _____ años Círcule → Masculino o Femenino
Nombre de los padres o guardian: _____ Teléfono de horas de oficina: _____

CIRCULE la línea que describe este niño/a:

- Tiene Medicaid # _____ (escriba el numero o muestre la tarjeta de Medicaid al personal)
- No tiene ninguna aseguranza medica.
- Tiene aseguranza medica pero NO CUBRE para las vacunas contra la gripe ***Dar una copia de la tarjeta de aseguranza***
- Es Indio Americano o Nativo de Alaska
- Tiene Blue Cross/Blue Shield/o Aetna que pagará por la vacuna. ***Dar una copia de la tarjeta***
- Tenemos otra aseguranza que pagará por la vacuna. Estoy de acuerdo que pagaré en efectivo o con cheque.

Existencias de
VFC -no hay
cargo para la
vacuna

Existencias
PRIVADAS

(círcule→) Privado o VFC (círcule→) (6 meses-19 años) vacuna inyectable or Spray nasal (2-19 años)

Pago \$ _____ (círcule-)Efectivo o Cheque# _____ Recibo hecho por: _____ (iniciales)

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Estoy de acuerdo que una factura será mandada a mi seguro. Si mi compañía de seguros no paga por el total, estoy de acuerdo en pagar la diferencia.
2. He leído o visto una copia de la hoja de información sobre la vacuna y se me ha explicado la información.
3. Acepto la responsabilidad de buscar atención medica en caso de algún problema con esta vacuna.
4. Este/a niño/a no tiene alergia severa a vacunas previas contra la gripe, o ha tenido ninguna reacción de alergias mortales, y no tiene fiebre, o otros síntomas de enfermedad grave, .
5. Si mi hijo/a tiene entre 6 meses y 8 años, quizás necesitará una segunda dosis después de 4 semanas. Estoy de acuerdo en traer a mi hijo/a a la clínica otra vez después de 4 semanas o más si él/ella necesita una segunda dosis de la vacuna para tener protección contra la gripe.

Si requiere un spray-nasal contra la gripe:y responde "si" alas siguientes preguntas su hijo/a no es legible para la vacuna.

*Recibió alguna vacuna en las últimas 4-semanas? Si o No/Explique: _____

*Ha tomado algun medicamento para la gripe como Tamiflu o Relenza en las últimas 48 horas? Si o No/Explique: _____

*El niño/a esta tomando aspirina como terapia a largo plazo? Si o No/Explique: _____

*Tiene un Sistema inmunológico débil, como VIH, quimioterapia o esteroides diarios? Si o No/Explique: _____

*Está o sospecha estar embarazada? Si o No: _____

*Tiene contacto cercano con una persona que tiene un Sistema inmunológico debil? Si o No/Explique: _____

*El niño/a tiene 2 o 4 años de edad con antecedentes de asma, o silvido en el pecho en los últimos 12-meses o tiene 5 años o más y tiene asma. Si o No: _____

*Tiene problemas de salud medica en las siquientes areas como, Corazon, pulmones, riñones, hígado, neurológico, o desorden

Firmar para dar su Consentimiento para que el niño/a reciba la vacuna: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE BELOW*** Please review or give current VIS sheet to patient.**

Immunization Date	Manufacturer/Brand//Lot (ok to use sticker)	IM Route: Circle route, dose, & site	Flu Mist nasal spray:	Vaccinator Signature	Date entered into IRIS Initials
		0.5 ml IM L or R Arm or Thigh	0.2 ml (1/2 dose into each nostril)		