



Fair Haven Community Health Care

Locations

New Haven School Based Health Centers

Clinton Avenue School
Elisabeth Reilly, APRN
(475) 220-3318

Fair Haven School
Michele Sbrega, APRN
(475) 220-2643

John S. Martinez School
Jessica Thompson, APRN
(475) 220-2017

Wilbur Cross High School
Clarice Begemann, APRN
(475) 220-7444

East Haven School Based Health Centers

Joseph Melillo Middle School
Logan Stern, APRN
(203) 468-4078

East Haven High School
Mary Patricia Lamberti, APRN
(203) 467-2766

fhhc.org

Estimado Padre/Tutor,

¡Es hora de que su hijo(a) reciba la vacuna contra la influenza!

La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda que todos los niños reciban la vacuna contra la gripe. Proporcionaremos tanto la inyección como la vacuna intranasal a los estudiantes registrados en el centro de salud de la escuela.

Los estudiantes con asma solo pueden recibir la inyección. Los padres de los niño(a)s en los grados de Pre-Kinder a Tercer Grado deben acompañar a sus hijo(a)s a la cita.

Por favor no dude en llamar al centro de salud en la escuela si tiene alguna pregunta.

Gracias

Su equipo del centro de salud en la escuela.



Fair Haven Community Health Care

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA INFLUENZA

Doy permiso para que mi hijo(a) reciba la vacuna contra la gripe (**INYECTABLE**) en el Centro de Salud en la escuela.

O

Prefiero que mi hijo(a) reciba la vacuna intranasal (Nasal spray).

Deseo estar presente en el momento que mi hijo(a) reciba la vacuna. (*un padre/tutor debe estar presente para los grados de Pre-K a tercero)

O

No necesito estar presente cuando mi hijo(a) reciba la vacuna.

**Por favor complete las preguntas continuación y devuélvalo al centro de salud de salud en la escuela.
Circule Uno**

¿Su hijo(a) tiene asma?	SI	NO
¿Ha tenido su hijo(a) una reacción a la vacuna contra la gripe en el pasado?	SI	NO
¿Su hijo(a) tiene una enfermedad o condición crónica? O ¿un problema con su sistema inmune? Si es así, explique: _____	SI	NO
¿Su hijo(a) ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro (4) semanas?	SI	NO
¿Su hijo(a) alguna vez tuvo el syndrome Guillain-Barré?	SI	NO
¿Está su hija embarazada?	SI	NO
¿Su hijo(a) toma aspirina a largo plazo o terapia que contiene aspirina (por ejemplo, su hijo(a) toma aspirina todos los días?	SI	NO
¿Su hijo(a) tiene contacto con una persona que está inmunocomprometida (por ejemplo, alguien que se ha sometido recientemente a un transplante de médula ósea)?	SI	NO

He leído o me han explicado la información en la declaración de información sobre la vacuna contra la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y solicito que se administre la vacuna a la persona nombrada a continuación, para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE:
Firma de la persona autorizada para hacer esta solicitud (padre o tutor):	
X _____	FECHA: _____
RELACION CON EL ESTUDIANTE:	NUMERO DE TELEFONO: