

REGISTRACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA DE LA GRIPE DEL ESTUDIANTE
Año escolar 2019-20

Apellido del estudiante:	Primer nombre:	Segundo:
Fecha de nacimiento:	Sexo: M F	Teléfono:
Dirección:		
Código postal:	Correo electrónico principals del padre:	

Colegio:
Grado:
Profesor:

**solo las vacunas
contra la gripe estarán
disponibles en la clínica
escolar de vacunas contra
la gripe de este año**

Nombre de la compañía de seguros (adjuntar copia de la tarjeta):	
Nombre como aparece en la tarjeta de seguro:	
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	Sexo: M F
Contrato de seguro o número de identificación:	

For office use only:
PA _____ F _____
Notes:

NUESTRO PERSONAL NUNCA FORZARÁ A UN NIÑO PARA RECIBIR UNA VACUNA CONTRA LA GRIPE.
Doy permiso para que mi hijo reciba una vacuna contra la gripe como se indica en este formulario.
He leído el la hoja de información sobre la vacuna contra la influenza se encuentra en
<https://schoolfluvaccines.wix.com/home>.
Firma del padre / tutor: _____ Fecha _____
Nombre del padre / tutor (IMPRIMIR): _____

*** La vacunación no se puede administrar a menos que el formulario esté completo y se adjunte una copia de la tarjeta del seguro.

****NUESTRO PERSONAL NUNCA FOREARÁ A UN NIÑO A RECIBIR UNA VACUNA DE GRIPE.****

POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE.