



FLU VACCINES will be offered to all Nashua District school age children, by the Nashua Division of Public Health and Community Services (DPHCS) at your child’s school. For the 2022-2023 Flu Season, **only inactivated injectable vaccines will be administered at the schools.** Please complete the information below and submit to the School Nurse. Keep the upper portion as your reminder for the Flu Clinic Schedules.

ATTENTION:

- Parents are responsible for notifying their child’s primary care provider of the vaccine administration.
- A receipt will be given to the student at time of the event.
- Children who are allergic to eggs may not receive our flu vaccine and should see their provider.

VACUNAS CONTRA LA INFLUENZA serán ofrecidas en todas las escuelas del Distrito escolar de Nashua por La División de Salud Pública y Servicios Comunitarios de Nashua en la escuela de su niño. Nosotros vamos a usar solamente INYECTABLES durante la Temporada de Influenza del 2022-2023.

Por favor complete la siguiente información y presentar a la enfermera de la escuela. Mantenga la parte superior como recordatorio de los horarios de la Clínica de la gripe

ATENCION:

- Los padres son responsables de informar a los proveedores médicos sobre la vacuna de sus hijos (as).
- Un recibo será entregado a los estudiantes en el evento. Usted también puede contactar al DPHCS para una copia.
- Niños que son alérgicos a los huevos no podrán recibir la vacuna, y deben consultar a su médico.

Location	Day	Date	Time
Charlotte Avenue Elementary School	Monday	September 19	10am-11am
Brentwood Academy & Preschools-Franklin St.	Tuesday	September 20	9:30am-10:30am
Pennichuck Middle School	Thursday	September 22	9am-11am
Birch Hill Elementary School	Thursday	September 22	12pm-1:30pm
Ledge Street Elementary School	Monday	September 26	9:30am-11am
Dr. Crisp Elementary School	Monday	September 26	12pm-2pm
Elm Street Middle School	Tuesday	September 27	9am-11am
Mount Pleasant Elementary School	Tuesday	September 27	1pm-2pm
New Searles Elementary School	Wednesday	September 28	9:30am-10:30am
MicroSociety Academy Charter	Thursday	September 29	9am-10:30am
Fairgrounds Middle School	Monday	October 3	9am-11am
Fairgrounds Elementary School	Monday	October 3	12pm-2pm
Amherst Street Elementary	Tuesday	October 4	9am-10:30am
Main Dunstable Elementary School	Wednesday	October 5	9:30am-11am
Broad St- Title 1 Preschool	Thursday	October 6	9am-10am
Broad St Elementary School	Thursday	October 6	10-11:30am
Academy for Science and Design	Tuesday	October 11	9:30am-11am
Sunset Heights Elementary School	Thursday	October 13	9:30am-11am
Bicentennial Elementary School	Thursday	October 13	12pm-2pm
Nashua High School North	Tuesday	October 25	9am-11am
Nashua High School South	Thursday	October 27	9am-11am

2022-2023 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA

Nombre De La Escuela:	Grado: Profesor/a:
-----------------------	--------------------

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE/TUTOR LEGAL - USE LETRA DE MOLDE

Segundo Nombre(s):	Primer Nombre(s):	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Edad:	Sexo: Hombre __, Mujer __ Otro: _____
--------------------	-------------------	--------------------------------------	-------	---

Calle/Ciudad/Estado/Código Postal

Nombre del padre/tutor legal (apellido, nombre)	Número de teléfono durante el día del padre/madre/tutor legal ()
	Padres/tutor legal Fecha de nacimiento (mes/fecha/año)

<p>Información del seguro</p> <p><u>¿Está su hijo asegurado/a?</u> Si: ___ No: ___</p> <p><u>Elegible para Medicaid:</u> Si: ___ No: ___</p> <p><u>Etnicidad:</u> Hispano/a ___ No-Hispano/a: ___</p> <p><u>Raza:</u></p> <p>Blanco/caucásico: ___ Negro/afroamericano: ___ Asiático: ___</p> <p>Isleño del Pacífico: ___ Nativo de Alaska o nativo americano: ___</p> <p>Otro: _____</p>	<p>Aviso de privacidad y registro de inmunización/vacunación de NH: (NHIS)</p> <p>» Entiendo que, como condición para recibir una vacuna hoy, mi información personal de salud, o la de mi hijo/tutelado, puede compartirse según lo permita la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA) (consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad)</p> <p>» Entiendo, a menos que haya FIRMADO POR SEPARADO el formulario Elijo no participar en el registro de inmunización/vacunación de NH ejerciendo mi derecho a optar por no participar en virtud de NH RSA 141-C:20-f y la regla administrativa de NH He-P 307.06, y he verificado el cuadro debajo de mi información de inmunización también se ingresará en el Registro de Inmunización/Vacunación de NH</p> <p>☐ Elijo NO participar en el Registro de Inmunizaciones/Vacunas de NH (DEBE COMPLETAR UN FORMULARIO POR SEPARADO)</p>
--	---

SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

Sus respuestas a la siguiente sección le ayudarán a decidir si su hijo puede ser vacunado en la escuela con la vacuna contra la influenza. Si su respuesta es sí a cualquiera de estas preguntas, por favor comuníquese con el médico para discutir otras opciones	SI	NO
¿Su hijo/a ha tenido alguna reacción alérgica a los huevos o cualquier componente de la vacuna de la influenza?		
¿Ha tenido alguna vez su hijo/a una reacción grave que ponga en riesgo su vida por causa de la vacuna de la influenza? ¿O algún proveedor de salud le ha dicho que no se ponga la vacuna?		
¿Ha tenido su hijo/a el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad severa muscular temporal) después de haber recibido la vacuna de la gripe?		

SECCIÓN 3: QUIENES SON ELEGIBLES PARA ESTA VACUNA

Yo he revisado la Información sobre la Vacuna Inyectable de la Influenza en <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.html> o solicitado copias de la información sobre las vacunas llamando a La División de Salud Pública y Servicios Comunitarios de Nashua al 603-589-4500. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y solicité que otorguen la vacuna al estudiante mencionado en la parte de arriba por quien estoy autorizado hacer esta solicitud. (Por favor seleccione la vacuna y firme)

SÍ, QUIERO QUE MI HIJO/A MENCIONADO ARRIBA RECIBA LA VACUNA CONTRA LA GRIPE EN LA ESCUELA.

→ FIRMA REQUERIDA DEL PADRE/TUTOR LEGAL _____ FECHA: _____

SECTION 4: ADMINISTRATIVE USE ONLY. All sections must be completed by the person administering the vaccine.

Before vaccinating check that you have completed the following:	Publication date on VIS:
1. I have asked the student if they are feeling sick or unwell today ___ (check if asked)	Child NOT vaccinated- Reason: _____
2. I have reviewed this entire form including the screening questions ___ (check if completed)	

Vaccine	Date Dose Given (MM/DD/YYYY)	Route IM: DELTOID L ___ R ___	Manufacturer	Lot Number	Name/Title of Vaccine Administrator



Choose not to Participate in the New Hampshire Immunization/Vaccination Registry
Elijo no participar en el Registro de Inmunización/Vacunación de New Hampshire

I choose not to participate in the New Hampshire immunization/vaccination registry.

Elijo no participar en el registro de inmunización/vacunación de New Hampshire.

I choose not to have my child participate in the New Hampshire immunization/vaccination registry.

Elijo que mi hijo no participe en el registro de inmunización/vacunación de New Hampshire

I understand that this decision will not prevent me or my child from receiving immunizations.

Entiendo que esta decisión no impedirá que yo o mi hijo recibamos vacunas.

I understand that I may reverse my decision at any time by completing a "Reverse Previous Decision not to Participate in the New Hampshire Immunization/Vaccination Registry" form provided by my current health care provider.

Entiendo que puedo revertir mi decisión en cualquier momento completando un formulario de "Revertir la decisión anterior de no participar en el registro de inmunización/vacunación de New Hampshire" proporcionado por mi proveedor de atención médica actual.

I understand that my or my child's immunization/vaccination information will not be released to the New Hampshire immunization/vaccination registry.

Entiendo que mi información de inmunización/vacunas o la de mi hijo no se divulgará al registro de inmunizaciones/vacunas de New Hampshire.

DATE: _____
Fecha

PATIENT NAME PRINTED: _____
NOMBRE DEL PACIENTE (impreso)

Date of Birth _____
Fecha de Nacimiento

PATIENT SIGNATURE (18 & over): _____
NOMBRE DEL PACIENTE (firma)

GUARDIAN NAME PRINTED if person is under the age of 18 years: _____
NOMBRE DEL GUARDIÁN si la persona es menor la edad de 18 años (impreso):

GUARDIAN SIGNATURE if person is under the age of 18 years: _____
NOMBRE DEL GUARDIÁN si la persona es menor la edad de 18 años (firma):

WITNESS by current health care provider: _____
TESTIGO del proveedor de atención médica actual

Patients who choose to decline participation in the registry are not relieved from the obligation to comply with current immunization requirements set forth in RSA 141-C:20-a and He-P 301.14.

Los pacientes que optan por rechazar la participación en el registro no están exentos de la obligación de cumplir con los requisitos de inmunización vigentes establecidos en RSA 141-C:20-a y He-P 301.14.

To be completed by current health care provider:

Date entered into electronic medical record: _____ Initials: _____