

## Formulario de Consentimiento de Vacunación para la Influenza H1N1 2009

### Sección 1: Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (escriba con letra de molde)

NOMBRE (Apellido)		(Primer Nombre)	(Inicial)	FECHA DE NACIMIENTO mes _____ día _____ año _____	
DOMICILIO				EDAD	GENERO M / F
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
NOMBRE DE PADRE/GUARDIÁN LEGAL (si menor de 18 años) (Apellido)		(Primer Nombre)	(Inicial)	NUMERO DE TELEFONO	

### Sección 2: Evaluación para Elegibilidad para la Vacuna

Si usted ya fue vacunado con la vacuna para la influenza H1N1 2009, por favor díganos el número de dosis y fechas de la vacunación.

- Dosis 1      Fecha recibida: mes \_\_\_ día \_\_\_ año \_\_\_      Tipo (por favor circule):    espray nasal      vacuna
- Dosis 2      Fecha recibida: mes \_\_\_ día \_\_\_ año \_\_\_      Tipo (por favor circule):    espray nasal      vacuna

Las siguientes preguntas son relacionadas a la persona que va a recibir la vacuna y nos ayudarán a determinar si usted puede recibir la vacuna de influenza H1N1 2009. Por favor marque SI o NO por cada pregunta.

	SI	NO
1. ¿Tiene una alergia seria a: <input type="checkbox"/> huevos/blanquillos <input type="checkbox"/> medicinas <input type="checkbox"/> látex <input type="checkbox"/> vacunas Si, sí, por favor explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿De que usted se de cuenta, tiene algunas otras alergias serias? Por favor liste:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Nunca ha tenido una reacción seria a una previa dosis de vacuna para la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Nunca ha tenido el Síndrome Guillian-Barré (un tipo de debilidad temporaria de músculos) dentro de seis semanas después de haber recibido una vacuna para la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hay dos tipos de vacuna para la influenza H1N1 2009. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar cual de los dos tipos de vacuna se le puede dar.

	SI	NO
1. ¿Se le ha vacunado con otra vacuna (incluyendo para la gripe) entre los últimos 30 días? Tipo de vacuna: _____ Fecha dada: mes _____ día _____ año _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alguna de la siguientes condiciones: asma, diabetes (o algún otro tipo de enfermedad metabólica) o enfermedad de los pulmones, corazón, riñones, hígado, nervios, o sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Esta en terapia por largo plazo de aspirina o de algo que contenga aspirina (por ejemplo, toma aspirina todos los días)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene un sistema inmune débil (por ejemplo, por VIH, cáncer, o medicamentos como esteroides o los que se usan para tratar el cáncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Esta embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene contacto cercano con una persona que necesita un ambiente protegido (por ejemplo, alguien quien recientemente tuvo un trasplante de médula)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Sección 3: Consentimiento

#### CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACION DE USTED/ SU NIÑO:

He leído o se me ha explicado la Declaración de Información de Vacunas para la vacuna de influenza H1N1 2009 y entiendo los riesgos y beneficios.

DOY CONSENTIMIENTO al Distrito de Salud Publica Sur Central (South Central Public Health) y su personal para que yo o mi hijo nombrado arriba de este formulario sea vacunado con esta vacuna.

Firma del Padre/Guardián Legal \_\_\_\_\_ Fecha: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

### Sección 4: Permiso para Liberar Información

Yo autorizo que inscriban a mi hijo o a mí y que transfieran el registro de vacunas de me hijo o el mío en el Sistema de Información y Recordatorio de Vacunas (IRIS) para asegurarse que el registro de vacunas esté disponible para mí, para nuestros médicos, proveedores del cuidado de los niños y las escuelas. Entiendo que me pueden pedir información que ayudará a asegurarse que nuestros registros estén correctos y no serán confundidos con los registros de otra persona, tal como: el apellido de soltera de la madre, el sexo. Yo autorizo la inclusión de toda la información en el sistema IRIS y la divulgación de esta información de IRIS a personas autorizadas.

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco al niño (si aplica) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Sección: Registro de Vacunación

#### PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal				
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal				