



Forma de Consentimiento para la Vacuna de Gripe (Influenza) 2009 H1N1

IM or intranasal form



Sección 1: Información de la Persona a recibir la Vacuna (letra separada y legible)

NOMBRE (Apellido)	(Nombre)	Inicial	FECHA DE NACIMIENTO mes _____ día _____ año _____	
DIRECCIÓN			EDAD	SEXO (Género) M F
CIUDAD/CONDADO/ESTADO/CODIGO POSTAL			NUMERO DE TELEFONO (Durante el día)	
ESCUELA			GRADO	

Sección 2: Detección de elegibilidad para la vacuna

Si la persona a vacunarse ya ha sido vacunada con la vacuna de gripe (influenza) 2009 H1N1, por favor díganos el numero de dosis y las fechas de vacunación.

Dosis 1 Fecha recibida: Mes _____ Día _____ Año _____ Manera (por favor circule uno): rocío intranasal inyección

Las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar si la persona a vacunarse puede obtener la vacuna de gripe (influenza) 2009 H1N1. Por favor marque SI o NO para cada pregunta.

A. Si responde "NO" a las cuatro preguntas siguientes, probablemente la persona a vacunarse pueda recibir la vacuna de gripe (influenza). Si responde "SI" a una o más de las siguientes cuatro preguntas, a lo mejor la persona a vacunarse pueda recibir la vacuna de gripe (influenza 2009 H1N1), pero discutiremos sus opciones.

	SI	NO
1. Es la persona a vacunarse alérgica a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es la persona a vacunarse alérgica a otra cosa? Por favor liste: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A tenido la persona a vacunarse alguna reacción seria a alguna dosis de la vacuna de gripe (influenza) previamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A tenido alguna vez la persona a vacunarse el síndrome de Guillain-Barré o Guillain-Barré Syndrome (un tipo de debilidad severa temporera de los músculos) dentro de 6 semanas después de recibir la vacuna de la gripe (influenza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Hay dos tipos de vacuna contra la gripe (influenza) H1N1 de 2009. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a saber cuáles de los dos tipos de vacuna puede recibir la persona a vacunarse.

	SI	NO
1. Ha sido, la persona a vacunarse, vacunado con cualquier otra vacuna (no solo para la gripe (influenza) durante los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha de vacunación: Mes _____ Día _____ Año _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tiene la persona a ser vacunada cualquiera de los siguientes: asma, diabetes (o cualquier otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedad de los pulmones, corazón, riñones, hígado, los nervios, o sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es la persona a ser vacunada en aspirina a largo plazo o terapia conteniendo aspirina (por ejemplo, la persona a ser vacunada toma aspirina todos los días)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tiene la persona a ser vacunada un sistema inmunológico débil (por ejemplo, debido a VIH, cáncer, o medicamentos tales como esteroides o esos usados para tratar el cáncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Está la persona a vacunarse embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tiene la persona a vacunarse contacto cercano con una persona que necesite cuidado en un ambiente protegido (por ejemplo, alguien que ha tenido recientemente un trasplante de la médula)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3: Consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA VACUNARSE:

Yo he leído o me explicaron la Declaración de Información de Vacunación 2009-2010 para la vacuna de gripe (influenza) 2009 H1N1 y entiendo los riesgos y beneficios.

Le cedo CONSENTIMIENTO al personal médico para que la persona nombrada arriba de esta forma sea vacunada.

Firma del Paciente/Padre/Encargado _____ Fecha: Mes _____ Día _____ Año _____

Nombre del Padre/Encargado (letra legible) _____

(por favor circule uno): Madre, Padre, Solo, Otro/a _____

PARA USO DE ADMINISTRACION UNICAMENTE FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Section 4: Vaccination Record

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Site IM	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	LD RD LT RT				
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	LD RD LT RT				