

Formulario de Consentimiento de Vacunación Contra la Influenza 2009 H1N1 –Departamento de Salud de Black Hawk County

Sección 1: Información para recibir la vacuna (impresa por favor)

NOMBRE (apellido)		(primer)	FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE PADRE/TUTOR LEGALPARENT/LEGAL MENOR (apellido)		(primer)	(inicial medio)	mes día año
DIRECCION		EDAD		
CIUDAD		ESTADO	CODIGO	SEXO M / F
ESCUELA – si es estudiante		GRADO – Si es estudiante		
		NUMERO TEL. DIURNO PADRE/TUTOR: Si es menor		

Sección 2: chequeo para recibir la vacuna

Si usted ha sido ya vacunado contra la Influenza H1N1 influenza en el 2009, por favor díganos el numero de dosis y la fecha de vacunación.

- Dosis 1 Fecha recibida: mes ____ día ____ año ____ Forma (circule por favor): spray nasal spray vacuna
 Dosis 2 Fecha recibida: mes ____ día ____ año ____ Forma (circule por favor): spray nasal spray vacuna

A. Las siguientes preguntas nos ayudara a saber si usted puede obtener la vacuna contra la influenza H1N1 influenza 2009. Por favor responde SI o NO por cada pregunta.

Menor: padre/tutor, por favor responder las preguntas en cuanto a la salud de su hijo. Ejemplo: “su hijo tiene.....”

	SI	NO
1. ¿Tiene una seria alergia al huevo?		
2. ¿Tiene alguna otra seria alergia? Por favor liste: _____		
3. ¿Ha tenido incluso una seria reacción a una previa dosis de la vacuna contra la gripe?		
4. ¿Ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de severa debilidad muscular temporaria) dentro de las 6 semanas después de haber recibido la vacuna?		

B. Hay dos tipos de vacunas contra la influenza H1N1 influenza 2009. Su respuesta a las siguientes preguntas nos ayudara a cual de las dos puede recibir.

	SI	NO
1. ¿Ha recibido cualquier otra vacuna dentro de los pasados 30 días? Vacuna: _____ Fecha dada: mes ____ Día ____ Año _____		
2. ¿Tiene algunos de los siguientes: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedad en los pulmones, corazón, riñones, hígado, nervios o sangre?		
3. ¿Tiene un sistema inmunológico frágil (por ejemplo HIV, cáncer, o toma medicamentos como esteroides o los que se usan para tratar el cáncer)?		
4. ¿Esta embarazada?		
5. ¿Tiene contacto cercano con personas quienes necesitan cuidados en un ambiente protegido (por ejemplo, alguien que ha tenido un transplante de hueso recientemente)?		

Sección 4: demografía prioritaria- circule por favor

- 1 Embarazadas
- 2 Amas de casa y persona al cuidado de personas menores de 6 meses de vida.
- 3 Trabajadores de la salud y servicios de cuidado directo personal-paciente solamente.
- 4 Niños de 6 meses a 24 años
- 5 Personas de 5-64 años con riesgos de factores de: salud respiratoria crónica, hígado, riñones: Diabetes. Compromiso inmunológico.

Sección 5: Consentimiento

CONSENTO PARA LA VACUNACION:

He leído o se me ha otorgado la información 2009-2010, sobre la vacuna contra la influenza H1N12009 y entiendo los riesgos y beneficios. Entiendo también que los niños de 9 años de edad y menores recibirán dos vacunas. Para recibir la vacuna, este formulario deberá estar firmado. Al firmar abajo, doy por sentado que he tenido la oportunidad de leer o recibir una copia de la Notificación de Privacidad de Practicas, Política y Procedimiento (HIPAA).

Firma de la persona que recibe la vacuna (18 años o mayor): _____ Fecha: mes ____ Día ____ Año ____

Firma del padre/tutor legal dando el consentimiento para el menor: _____ Fecha: mes ____ Día ____ Año ____

Padres/tutores: por favor revise las siguientes opciones y marque la que prefiere:

- Usted puede vacunar a mi hijo/a durante la hora de la escuela, yo no deseo estar presente.
 Deseo estar presente cuando vacunen a mi hijo/a, por lo tanto, llamaré para realizar una cita para llevar a mi hijo/a a la “after school hours” clinic. (Clínica después del horario de la escuela).

Section 6: Vaccination Record

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (Solo para uso de la administración)

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Site	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal		CSL GSK Nov SanP MedImmune		
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal		CSL GSK Nov SanP MedImmune		

