

Formulario de Consentimiento para la Vacuna contra la Influenza/Gripe H1N1 2009

Sección 1: Información sobre la persona que Recibirá la Vacuna (favor llenar con letra de molde)

NOMBRE (Apellido)		(Nombre)	(Inicial 2º Nombre)	FECHA DE NACIMIENTO mes _____ día _____ año _____	
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL (Apellido)		(Nombre)	(Inicial 2º Nombre)	EDAD	GÉNERO M / F
DIRECCIÓN			NÚMERO TELÉFONO DURANTE EL DÍA Casa: _____ Trabajo: _____		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
NOMBRE DE LA ESCUELA, si se aplica, y el GRADO			NOMBRE DE LA CLÍNICA/LUGAR		

Sección 2: Chequeo de Elegibilidad para la Vacuna

Si el niño ya ha sido vacunado con la vacuna contra la gripe H1N1 2009, por favor díganos la cantidad de dosis y fechas de la vacunación. (2 dosis solo para niños desde los 6 meses hasta los 9 años)

- Dosis 1 Fecha recibida: mes _____ día _____ año _____ Forma (encierre en un círculo): spray nasal inyección
 Dosis 2 Fecha recibida: mes _____ día _____ año _____ Forma (encierre en un círculo): spray nasal inyección

Las siguientes preguntas determinarán si la persona es elegible para la vacuna contra la gripe H1N1 2009. Favor marque SÍ o NO para cada pregunta.

A. Si la respuesta es "SÍ" para una o más de las siguientes preguntas en esta sección, un proveedor de cuidado de la salud discutirá con usted sus opciones.

	SÍ	NO
1. ¿Tiene una alergia seria a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alergias severas o que amenazan la vida? Por favor describa: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si contestó que sí a la pregunta anterior, ¿tuvo una reacción seria? Describa: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Hay dos tipos de vacuna contra la gripe H1N1 2009. Sus respuestas a las siguientes preguntas determinarán cuál vacuna puede recibir.

	SÍ	NO
1. ¿Ha sido vacunado con cualquier vacuna (no solo para la gripe) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha recibida: mes _____ día _____ año _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido alguno de los siguientes: trastorno auto-inmune, asma, diabetes, enfermedad de los pulmones, corazón, riñones y/o del hígado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Está usted recibiendo una terapia de largo plazo de aspirina o que contenga aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido fiebre dentro de las últimas 24 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene contacto cercano con una persona que necesita cuidado en un ambiente protegido (por ejemplo, alguien que ha recientemente tenido un trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3: Consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACION:

Se me ha ofrecido una copia de la "Declaración Informativa de la Vacuna" contra la Gripe H1N1. He leído o se me ha explicado y comprendo, la información en esta "Declaración Informativa de la Vacuna". Doy mi consentimiento para que la persona nombrada al inicio de este formulario sea vacunada con la vacuna H1N1. Doy mi consentimiento para que la información contenida en este formulario sea liberada a la Administración de Contramedida y Respuesta de Kansas (KS-CRA) con el propósito de evaluación e informe.

Firma del Receptor/Padre/Tutor Legal _____

Fecha _____

Mes / Día / Año

Section 4: Vaccination Record

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

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				