

DISTRITO STICKNEY DE SALUD PÚBLICA
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA H1N1 2009

APELLIDO		PRIMER NOMBRE	(Inicial del 2º nombre)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
NÚMERO TELEFÓNICO DE DOMICILIO ()		SEXO (marque uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	RAZA (marque uno) <input type="checkbox"/> Africano-americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Desconocido u otro		
DIRECCIÓN DE DOMICILIO			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

SI EL CLIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN

APELLIDO DEL PADRE / MADRE / TUTOR LEGAL	PRIMER NOMBRE	(Inicial del 2º nombre)	PARENTESCO CON EL MENOR DE EDAD
---	----------------------	--------------------------------	--

Todas las preguntas y respuestas son acerca de la persona que será vacunada. Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si es adecuado vacunar y qué tipo de vacuna es mejor para usted o la persona para la que está dando el consentimiento. Marque la casilla que mejor describe su respuesta. Si tiene preguntas, pregúntele al personal médico encargado de la evaluación.

	SÍ	NO	No sabe
1. ¿Tiene una enfermedad respiratoria actualmente con fiebre o una infección activa hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene su niño entre 6 y 36 meses de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Está embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene alergia al timerosal (un derivado del mercurio)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha recibido una vacuna contra la gripe este año? Fecha de la vacuna de la gripe estacional: _____ Fecha de la vacuna H1N1: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Es alérgico a los huevos o algún medicamento? Si responde que "sí", por favor indique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Le ha dicho el médico alguna vez que usted tiene una enfermedad del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene SIDA, VIH, cáncer o ha recibido un trasplante de órgano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Padece de artritis reumatoide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha padecido de asma o de la enfermedad reactiva de las vías respiratorias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tiene alguna enfermedad pulmonar, como bronquitis crónica, enfisema o fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Padece de una enfermedad renal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Tiene una enfermedad cardíaca (angina de pecho, insuficiencia cardíaca congestiva) o ha tenido un infarto al miocardio o derrame cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Tiene una enfermedad de la sangre, tal como la anemia drepanocítica o talasemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha sido vacunado en los últimos treinta días o planea recibir alguna vacuna en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Está tomando medicamentos de prescripción? Indique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Está tomando aspirina o algún medicamento con aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Tiene diabetes u otra enfermedad metabólica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Está en contacto cercano o vive con una persona o personas gravemente inmunodeficiente que requiere un entorno protector (tal como un receptor de un trasplante de la médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Tiene una enfermedad neurológica activa (tal como un trastorno convulsivo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

He respondido sinceramente a todas las preguntas en este formulario. Alguien me ha explicado la declaración de información de vacuna para la vacuna contra la influenza H1N1 y la he recibido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y comprendo totalmente los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza H1N1. Entiendo que esta es una vacunación voluntaria. Mi firma a continuación indica mi permiso para que se administre la vacuna contra la influenza H1N1 a mí o a la persona mencionada anteriormente para la cual estoy autorizado a dar consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE - FOR OFFICE USE ONLY

Medical Forms Review Signature: _____ Recommendation: FluMist 6-36 months Injectable Injectable (3yrs & up)

Signature and Title of Vaccinator: _____ Clinic Location: South North Central Other: _____

Vaccine	Date Dose Administered	Dose	Injection Site	Route	Dose Number	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Exp. Date
<input type="checkbox"/> FluMist- LAIV <input type="checkbox"/> Injectable-Single Syringe <input type="checkbox"/> Injectable-Multi-Dose Vial			<input type="checkbox"/> LVL <input type="checkbox"/> RVL <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	<input type="checkbox"/> 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd			