

2009 Forma de consentimiento para vacunación y despistaje de la gripe H1N1

Sección 1: Información sobre el niño para recibir la vacuna (por favor imprimir)

NOMBRE DE S DEL ESTUDIANTE (apellido)		(nombre)	(M.I.)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE mes _____ día _____ año _____	
PADRES O REPRESENTANTE (Apellido)		(nombre)	(M.I.)	EDAD DEL ESTUDIANTE	GÉNERO DEL ESTUDIANTE M/F
DIRECCIÓN			NÚMERO DE TELÉFONO DEL PADRE/REPRESENTANTE:		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL			
NOMBRE DE LA ESCUELA			GRADO		

Sección 2: Investigación para la elegibilidad para la vacuna

Si su niño se ha vacunado ya con la vacuna de la gripe H1N1 2009, por favor nos dice el número de dosis y de fechas de la vacunación.

Dosis 1 Fecha recibida: ____ día ____ año _____ del mes Forma (por favor circule): aerosol nasal inyección
 Dosis 2 Fecha recibida: ____ día ____ año _____ del mes Forma (por favor circule): aerosol nasal inyección

Las preguntas siguientes nos ayudarán a saber si su niño puede recibir la vacuna de la gripe H1N1 2009. Marque por favor **SÍ** o **NO** para cada pregunta.

A. Si usted contesta "NO" a las cuatro preguntas siguientes, su niño puede probablemente recibir la vacuna de la gripe. Si usted contesta "SÍ" a una o más de las cuatro preguntas siguientes, su niño puede recibir la vacuna H1N1 2009, pero estaremos en contacto con usted para discutir sus opciones.

	SÍ	NO
1. ¿Su niño tiene una alergia seria a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su niño tiene otras alergias serias? Por favor anote: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Su niño ha tenido alguna vez una reacción seria a una dosis anterior de la vacuna de la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha tenido su niño Síndrome de Guillain-Barré ¿(un tipo de debilidad severa temporal del músculo) en el plazo de 6 semanas después de recibir una vacuna de la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Hay dos clases de vacuna de la gripe H1N1 2009. Sus respuestas a las preguntas siguientes nos ayudarán a saber cuáles de las dos clases de vacuna puede recibir su niño.

	SÍ	NO
1. ¿Han vacunado a su niño con cualquier vacuna (no solo gripe) en el plazo de los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha: mes _____ día _____ año _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Su niño tiene alguno de los siguientes: ¿asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones, del hígado, de los nervios, o de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Esta su niño recibiendo aspirina a largo plazo o terapia que contenga aspirina (por ejemplo, su niño toma la aspirina a diario)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su niño tiene un sistema inmune débil (por ejemplo, del VIH, del cáncer, o de medicaciones tales como esteroides u otras usadas para tratar el cáncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Está su niña embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Su niño tiene 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 VACUNACIÓN DEL NIÑO:

He leído o se me ha explicado la información para la vacuna de la gripe H1N1 2009, y entiendo los riesgos y las ventajas.

DOY CONSENTIMIENTO al departamento de la salud del ESTADO/LOCAL y a su personal para que mi niño arriba sea vacunado con esta vacuna (Si esta forma de consentimiento no se firma, se fecha, y se devuelve, entonces su niño no será vacunado en la escuela)

Firma del padre/representante legal

Fecha: mes _____ día _____ año _____

NO DOY CONSENTIMIENTO al departamento de la salud del ESTADO/LOCAL y su personal para que mi niño arriba sea vacunado con esta vacuna.

Firma del padre/ representante legal

Fecha: mes _____ día _____ año _____

Sección 5: Expediente de vacunación

PARA EL USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE

Vacuna	Dosis de la fecha administrada	Ruta	Número de la dosis (1r o 2do)	Fabricante	Número de lote	Nombre y título del administrador de la vacuna
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal				
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal				