



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



IM only 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.

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"/>

### 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

### Section 4: Vaccination Record

### FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

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				