



17043

Colorado 2009-2010 INFLUENZA(GRIPE) H1N1

Consentimiento de la Vacuna y Formulario de Evaluación

**ADULTO**

Por favor escriba con letra mayúscula, como aparece en el ejemplo:

Por favor pinte los círculos por completo

Por favor use el lado trasero de esta hoja para notas

E	X	A	M	P	L	E	1	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Correcto: ● Incorrecto: ☒ ☑

Información personal: Provea la información de la manera más completa posible. Toda la información será confidencial.

Nombre	Apellido	Inicial
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Numero de Calle o Caja Postal	Nombre de la calle	Número de apartamento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ciudad	Condado	Estado	Código postal	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F

Seguro Medico:	Numero de Póliza de Seguro Medico
<input type="radio"/> Medicaid <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> Kaiser Permanente <input type="radio"/> Otro Privado <input type="radio"/> No Seguro Medico	<input type="text"/>

Teléfono:	Fecha de nacimiento
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>MES DIA AÑO</small>

Raza o grupo étnico: Asiático Nativo de Hawai y otras islas del Pacifico Hispano/Latino Otro
 (Rellene todos los que aplican) Negro, Afroamericano Indioamericano/Nativo de Alaska Blanco

- ¿ Está usted enfermo? Si NO
- ¿ Usted tiene una alergia severa a los huevos o algún componente de la vacuna contra la gripe? Si NO
- ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la gripe? Si NO
- ¿ Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal)? Si NO
- ¿Esta embarazada, o hay la posibilidad que se embaracé en las siguientes dos semanas? Si NO
- ¿Ha recibido alguna vacuna en el último mes? Si NO
- ¿Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades o condiciones? Si NO
Enfermedad pulmonar crónica (incluyendo el asma), enfermedades del corazón, Diabetes, cerebro, de la medula espinal (espiná dorsal)/ o enfermedad muscular que causa problemas tragando o problemas de pulmón, problemas con el sistema inmune por medicina y/o VIH, enfermedad renal, enfermedad hepática, trastornos de la sangre.

Por favor, identifique en qué grupo de prioridad de H1N1 está (escoja solamente uno):

<input type="radio"/> Mujer embarazada	<input type="radio"/> Los niños de 6 meses a 24 años
<input type="radio"/> Contactos familiares/quien cuide de bebés menores de 6 meses	<input type="radio"/> Adultos entre 25 - 64 años con condiciones de riesgo
<input type="radio"/> Trabajadores de salud/EMS	<input type="radio"/> Ninguna de las anteriores

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:
 He leído o se me ha explicado la hoja informativa Lo Que Usted Debe Saber (10/09/2009) para la vacuna contra la influenza 2009 H1N1 y entiendo los riesgos y beneficios de recibir esta vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, que fueron contestadas satisfactoriamente. Yo libero a este proveedor, sus trabajadores y voluntarios de cualquier responsabilidad por cualquier resultado que pueda ocurrir de la administración de esta vacuna.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Parar- No escribir debajo de esta línea

H1N1-2009 VIS	Manufacturer	Dosage	Site <input type="radio"/> RD <input type="radio"/> RT <input type="radio"/> LD <input type="radio"/> LT <input type="radio"/> Intranasal	Administered By:
10/02/2009	<input type="radio"/> SP <input type="radio"/> GSK <input type="radio"/> NOV <input type="radio"/> MI <input type="radio"/> CLS	<input type="radio"/> 0.20 mL <input type="radio"/> 0.50 mL	Lot No. <input type="text"/>	Name: _____ Title: _____

H1N1 PIN:	Provider Name:	Date Administered:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Provider Type: <input type="radio"/> Public <input type="radio"/> Private	<small>M M D D Y Y Y Y</small>

10/27/2009

17043 Formtran

Para personas mayores de 18 años