34340

# Colorado 2009-2010 INFLUENZA(GRIPE) H1N1

## Consentimiento de la Vacuna y Formulario de Evaluación

**Menor/Estudiante**

*Por favor escriba con letra mayúscula, como aparece en el ejemplo:* EXAMPLE 123

*Por favor pinte los círculos por completo* Correcto: ● Incorrecto: ⊗ ✓

*Por favor use el lado trasero de esta hoja para notas*

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

**Nombre** **Apellido** **Inicial**

**Numero de Calle o Caja Postal** **Nombre de la calle** **Número del apartamento**

**Ciudad** **Condado** **Estado** **Código postal** **Sexo** ○ M ○ F

**Seguro Medico:** ○ Medicaid ○ Medicare ○ Kaiser Permanente ○ Otro Privado ○ No Seguro Medico

**Numero de Póliza de Seguro Medico**

**Nombre de Escuela:** **Grado escolar:** **Fecha de Nacimiento** MES / DIA / AÑO

**Primer nombre del padre/madre** **Apellido del padre/madre** **Número de Teléfono de día del padre/madre:** -

**Si su hijo/a ya ha sido vacunado/a en el 2009 contra de la influenza H1N1, por favor díganos él numero de dosis y las fechas de vacunación**

**Dosis 1 recibida:** ○ vacuna en atomizador nasal ○ vacuna inyectable MES / DIA / AÑO

**Dosis 2 recibida:** ○ vacuna en atomizador nasal ○ vacuna inyectable MES / DIA / AÑO

1. ¿ Su hijo/a tiene alguna alergia severa a los huevos o algún componente de la vacuna contra la gripe? ○ SI ○ NO
2. ¿ Su hijo/a ha tenido una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la gripe? ○ SI ○ NO
3. ¿ Su hijo/a ha tenido el síndrome de Guillain-Barré ( un tipo de debilidad muscular grave temporal)? ○ SI ○ NO
4. ¿ Su hijo/a ha recibido cualquier vacuna en los últimos 30 días? ○ SI ○ NO
5. ¿ Esta su hijo/a en terapia de aspirina o algo que contenga aspirina a termino largo? ○ SI ○ NO
6. ¿ Esta su hija embarazada? ○ SI ○ NO
7. ¿ Su hijo/a tiene contacto cercano con una persona que tiene un sistema inmune debilitado? ○ SI ○ NO
8. ¿ Su hijo/a tiene 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

**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.

○ Doy consentimiento ○ No doy consentimiento para que mi niño/a nombrado/a en la parte superior de este formulario sea vacunado/a con esta vacuna.

**Firma del Padre/Madre/Tutor legal:** _____ **Fecha:** _____

**Parar- No escribir debajo de esta línea**

| H1N1-2009 VIS | Manufacturer | Dosage | Site | Administered By: |
|---|---|---|---|---|
| 10/02/2009 | ○ SP ○ GSK ○ NOV ○ MI ○ CLS | ○ 0.20 mL ○ 0.25 mL ○ 0.50 mL | ○ RD ○ RT ○ LD ○ LT ○ Intranasal<br>Lot No. | Name:<br>Title: |

**H1N1 PIN:** **Provider Name:** **Provider Type:** ○ Public ○ Private **Date Administered:** M M / D D / Y Y Y Y

10/27/2009 34340 Formtran

**Para personas menores de 18 años**