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? 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	○ SI ○ NO

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	Name: Title:

Lot No.

H1N1 PIN:

Provider Name:

Provider Type: ○ Public ○ Private

Date Administered: M M / D D / Y Y Y Y

10/27/2009

Para personas menores de 18 años

34340 Formtran