

Formulario de consentimiento para la administración de la vacuna contra la influenza 2009 H1N1

Sección 1: Información de la persona que va a recibir la vacuna (letra de imprenta)

APELLIDO		NOMBRE		(Inicial 2.º nombre)	FECHA DE NACIMIENTO
					mes _____ día _____ año _____
DIRECCIÓN					SEXO DE LA PERSONA
					<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINA
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		NÚMERO DE TELÉFONO	
				()	

Sección 2:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si puede recibir la vacuna contra la influenza 2009 H1N1. Por favor responda SÍ o NO a cada pregunta.

Si responde "NO" a todas las cuatro preguntas siguientes, usted probablemente puede recibir la vacuna contra la influenza. Si responde "SÍ" a una o algunas de las cuatro preguntas siguientes, es posible que se comunicarse con su médico para mejores recomendaciones.

	SÍ	NO
1. ¿Usted es alérgico al huevo o alguna otra cosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Usted ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿La persona ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal grave) dentro de las 6 semanas después de haber recibido la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3: Consentimiento para la vacunación

He leído o me han explicado la información sobre la vacuna contra la influenza 2009 H1N1 para la temporada del 2009-2010 y entiendo los riesgos y beneficios.

TENGO ENTENDIDO que puede que mi niño(a) sea restringido(a), es decir que le tengan que sujetar a la hora de administrarle la vacuna para que se puedan tomar las precauciones apropiadas.

Iniciales del padre o tutor legal _____

AUTORIZO al departamento de salud del ESTADO o LOCAL y a su personal para que le administren la vacuna a mi hijo, cuyo nombre fue mencionado al comienzo de este formulario.

Firma del padre o tutor legal _____

Nombre de imprenta _____

Fecha: mes _____ día _____ año _____

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Vaccine	Date Dose Administered	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	(B) Bioject (I) Injection	Route/Site	Staff Initial
2009 H1N1						IM <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg	
2009 H1N1						IM <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg	