

Formulario de consentimiento para la vacuna contra la influenza H1N1 del Departamento de Salud del Condado de Will

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	(Inicial 2°)	FECHA DE NACIMIENTO Y EDAD Mes _____ Día _____ Año _____ Edad _____
DIRECCIÓN		SEXO (encierre una) MASCULINO O FEMENINO	RAZA
CIUDAD	ESTADO IL	CÓD. POSTAL	TELÉFONO DE CASA ()

SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS, COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN

APELLIDO DEL PADRE/MADRE/TUTOR	PRIMER NOMBRE	(Inicial 2°)	RELACIÓN CON EL MENOR
---------------------------------------	----------------------	--------------	------------------------------

Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si se le puede administrar la vacuna contra la influenza H1N1 y qué tipo de vacuna se le administrará. Marque Sí o No para responder a cada pregunta.	SÍ	NO
¿Tiene catarro o fiebre actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene una alergia grave a huevos de gallina, proteína de huevo, pollo o proteína de pollo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna otra alergia grave? Especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una dosis de la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha padecido el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave y temporal) en un plazo de seis semanas después de la administración de la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna vacuna (no sólo la vacuna contra la gripe) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha de vacunación: mes _____ día _____ año _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades: asma, diabetes (u otra enfermedad del metabolismo), enfermedad pulmonar, del corazón, los riñones, el hígado, los nervios o la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está en tratamiento de largo plazo con aspirina o algún medicamento que contiene aspirina (por ejemplo, toma aspirina todos los días)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene debilitado el sistema inmunitario? (p.ej, debido al VIH, cáncer o medicamentos tales como esteroides o los que se usan para el tratamiento del cáncer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene contacto cercano con una persona que necesita cuidado en un ambiente protegido? (por ejemplo, alguien que recientemente tuvo un trasplante de médula ósea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN:

Alguien me explicó o yo leí la declaración de información sobre la vacuna contra la influenza H1N1. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza H1N1. Pido que me administren la vacuna o que se la administren a la persona nombrada arriba para la cual tengo autorización de dar consentimiento. Confirmando que recibí el aviso de privacidad según la ley HIPAA.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Esta firma debe ser de la persona que recibirá la vacuna o el padre o tutor legal del menor que recibirá la vacuna.

SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO/ FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Interviewer Signature: _____

Interviewer Recommendation:

- FluMist®
 Injectable Infant 6 – 35 mos. Injectable for age 3 yrs. Injectable for ages 4 – 18yrs. Injectable adult for ages 18 yrs +

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Injection Site	Clinic Location
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal					

Signature and Title of Vaccine Administrator: _____ **Date:** _____