

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

## Sección 1: Información sobre el niño que va a recibir la vacuna (escribir en letra imprenta)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)		(Nombre)	(Inicial 2.º nombre)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE mes _____ día _____ año _____	
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL (Apellido)		(Nombre)	(Inicial 2.º nombre)	EDAD DEL ESTUDIANTE	SEXO DEL ESTUDIANTE
DIRECCIÓN				TELÉFONO DEL PADRE O TUTOR LEGAL DURANTE EL DÍA:	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
NOMBRE DE LA ESCUELA				GRADO	

## Sección 2: Preguntas para determinar si el estudiante puede recibir la vacuna

Si su hijo ya recibió la vacuna contra la influenza 2009 H1N1, por favor díganos el número de dosis que recibió y las fechas de vacunación.

- Dosis 1 Fecha de administración: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ Tipo (por favor encierre en un círculo): atomizador nasal      inyección
- Dosis 2 Fecha de administración: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ Tipo (por favor encierre en un círculo): atomizador nasal      inyección

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

A. Si responde "NO" a todas las cuatro preguntas siguientes, su niño probablemente puede recibir la vacuna contra la influenza. Si responde "SÍ" a alguna o más de las cuatro preguntas siguientes, es posible que su niño pueda recibir la vacuna contra la influenza 2009 H1N1, pero usted tendrá que ponerse en contacto con su proveedor médico privado.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo tiene una alergia grave a los huevos?		
2. ¿Su hijo tiene alguna otra alergia grave? Por favor indique:		
3. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la influenza?		
4. ¿Su hijo 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?		

B. Hay dos tipos de vacuna contra la influenza 2009 H1N1. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuál de los dos tipos de vacuna puede recibir su hijo.

	SÍ	NO
1. ¿A su hijo le han puesto alguna vacuna (no solo contra la influenza) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha de administración: mes _____ día _____ año _____		
2. ¿Su hijo tiene alguna de las siguientes enfermedades? asma, diabetes (o cualquier otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedades de los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, la sangre o el sistema nervioso		
3. ¿Su hijo está en tratamiento a largo plazo con aspirina o con medicamentos que contienen aspirina (por ejemplo, su hijo toma aspirina diariamente)?		
4. ¿Su hijo tiene un sistema inmunitario débil (por ejemplo, debido al VIH, el cáncer u otros medicamentos como esteroides o los que se usan en el tratamiento del cáncer)?		
5. ¿Su hija está embarazada?		
6. ¿Su hijo está en contacto cercano con alguna persona que requiere cuidados en un ambiente protegido (por ejemplo, alguien que ha recibido recientemente un trasplante de médula ósea)?		

## Sección 3: Consentimiento

### CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO:

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.

AUTORIZO al departamento de salud de STATE/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 \_\_\_\_\_

Fecha: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

NO AUTORIZO al departamento de salud de STATE/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 \_\_\_\_\_

Fecha: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

## Sección 4: Permiso para divulgar información

Todas las vacunas a los niños a ser inscritos en el Programa de Inmunización de Indiana (CHIRP) por el Departamento de Salud del Condado de Clark. Con la firma de este de formulario usted autoriza a su registro de vacunación del niño a ser inscrito en CHIRP.

## Sección 5: Registro de vacunación

### SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal				
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal				