

Vacuna contra la influenza pandémica 2009 H1N1

Formulario de consentimiento

(LETRAS MOLDES)

(Favor de volver a la escuela.)

Apellido del estudiante: _____ Primer: _____ 2º nombre: _____

Sexo: (M / F) Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Salón: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Teléfono: _____ correo electrónico: _____

Estas preguntas ayudarán a determinar si su hijo puede recibir la vacuna H1N1 y cual tipo (nasal o inyección)

1. ¿Tiene su niño alergias a medicinas, alimentos o cualquier vacuna?..... Si No No sé
Escriba cualquier alergia: _____
2. ¿Tuvo su niño el síndrome Guillain-Barré? Si No No sé
3. ¿Ha tenido su niño antes la vacuna contra la gripe estacional? Si No No sé
Si es así, fecha recibida: _____ Tipo: nasal inyección
4. ¿ Ha recibido su niño antes la vacuna contra la gripe H1N1 (influenza porcina)..... Si No No sé
Si es así, fecha recibida: _____ Tipo: nasal inyección
5. ¿Ha tenido su niño antes una reacción a la vacuna contra la gripe? Si No No sé
6. ¿Recibió su niño cualquier otra vacuna en las últimas 4 semanas? Si No No sé
Si es así, ¿Cuáles?: _____ Fecha recibida: _____
7. ¿Tiene su niño un problema de salud como asma, enfermedad de los pulmones, el corazón, de los riñones, una condición metabólica (ejemplo. diabetes) o un desorden de la sangre (Ejemplo: anemia faciforme)?
..... Si No No sé
8. ¿Está su niño bajo terapia de aspirina de largo plazo? Si No No sé
9. ¿Tiene su niño un sistema inmune débil debido a VIH/SIDA o otra enfermedad que afecta al sistema inmune como tratamiento de largo plazo con medicamentos tales como esteroides o tratamiento con rayos-X o drogas? Si No No sé
10. ¿Está su niña embarazada o planeando embarazarse en el próximo mes? Si No No sé

Recibí un copia de la "Declaración de Información sobre la Vacuna contra la influenza H1N1" y la he leído o me la ha explicado. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y las respuestas que recibí están satisfactorias. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la influenza H1N1. Entiendo que el personal médico determinará si mi niño recibe la vacuna contra la H1N1 por vía nasal o inyección la cual depende de lo que es recomendado y disponible. Pido que le dé la vacuna contra la influenza H1N1 a la persona notada arriba. También pido que la persona notada arriba tenga una segunda dosis de la vacuna contra la influenza H1N1 en el futuro si es recomendada.

Estoy de acuerdo en permitir la información sobre las vacunas dadas a la persona arriba estará compartida con otros proveedores de salud para evitar vacunas innecesarias o para verificar su estado de vacunación. Si no estoy de acuerdo en compartir la información, comunicaré con el registro de vacunas CAIR-SDIR al (619) 692-5656

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

PARA EL USO DE LA CLÍNICA/FOR CLINIC USE

SDIR entry completed <input type="checkbox"/>	Date Vaccinated _____ Vaccinator _____ Vaccine used: <input type="checkbox"/> nasal <input type="checkbox"/> shot Lot # _____ Site of Injection _____	2nd Dose if needed: Date Vaccinated _____ Vaccinator _____ Vaccine used: <input type="checkbox"/> nasal <input type="checkbox"/> shot Lot # _____ Site of Injection _____
---	---	--