

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 _____
DIRECCIÓN			SEXO DEL ESTUDIANTE M/F
CUIDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

Sección 2:

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.

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, sin embargo, nos comunicaremos con usted para revisar sus opciones.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo tiene una alergia grave a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se siente enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Su hijo tiene alguna otra alergia grave, que usted sepa? Por favor indique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 _____

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Vaccine	Date Dose Administered	Route/Site	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	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				