



NINO/MENOR: La Gripe (H1N1 de 2009) Forma de Consentimiento

Sección 1: Información Demográfico

NOMBRE de niño/menor (APPELLIDO)		NOMBRE(primer)	(N.S.)	FECHA DE NACIMIENTO DEL NINO: mes _____ día _____ año _____ EDAD: _____
NOMBRE de Padres/Tutor(APPELLIDO)		NOMBRE(primer)	(N.S.)	GENERO de NINO M / F
DIRECCION			NUMERO DE TELEPHONO DEL DIA POR LOS PADRES:	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO		
NOMBRE DE ESCUELA			GRADO	

Sección 2: Elegibilidad por La Vacuna: Marca SI o NO para cada pregunta por favor.

SI NO

1. ¿Su niño/menor tiene una alergia grave a huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su niño tiene otras alergias graves? Enumera: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Su niño ha tenido una reacción grave a una vacuna contra la gripe anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su niño ha tenido medicamentos en las 48 horas anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Su niño ha tenido el Síndrome de Guillain-Barré (una debilidad muscular temporal que es grave) durante las 6 semanas después recibió la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hay dos tipos de Las Vacunas contra la Gripe H1N1 de 2009. Sus respuestas a las preguntas debajo ayudaremos saber cual de los dos tipos será mejor por su niño/menor.

SI NO

1. ¿Su niño ha recibido las vacunas contra MMR (Sarampión, Paperas, y Rubéola) y/o Varicela (Chickenpox) o «FluMist» durante las 4 semanas anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su niño tiene alguno de los siguientes: asma, diabetes (o una otra tipo de enfermedad metabólico) o una enfermedad pulmón, de la corazón, del riñón, del hígado, de los nervios, o de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Su niño toma la aspirina todos los días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su niño tiene un sistema inmunitario débil (por ejemplo, a causa de VIH, cáncer, o medicamentos como un esteroide o los para cáncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Su niña está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Su niño tiene contacto directo con una persona que necesita atención en un ambiente estéril (por ejemplo, alguna persona que ha tenido un transplante de médula espinal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3: Consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA DEL NINO/MENOR:

He leído o he tenido explicarme la declaración de información de La Vacuna de 2009-2010 (La Gripe H1N1 y entiendo los riesgos y los provechos.

YO CONSIENTO en el Departamento de Salud Pública del Condado de Johnson y su personal por el niño/menor nombra arriba recibir esta vacuna.

(Si esta forma no tiene una firma, la fecha, y no está regresado, luego no es posible que su niño/menor recibe la vacuna)

Firma del Padre/Tutor Legal _____

FECHA: mes _____ día _____ año _____

YO NO CONSIENTO en el Departamento de Salud Pública del Condado de Johnson y su personal por el niño/menor nombra arriba recibir esta vacuna.

Firma del Padre/Tutor Legal _____

FECHA: mes _____ día _____ año _____

Sección 4: Historial de Vacunación

SOLAMENTE POR EL USO DE LOS ADMINISTRADORES

Vaccine	Date Dose Administered	Route/Site	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				

Priority Group (circle one):

Pregnant

Parents and/or Caregiver of child < 6 months

Health Care Worker / EMS

6 months – 24 years of age

25 – 64 yrs with Chronic Illness

Healthy Person 25-64 yrs.

Person > 64 years