Monmouth County Health Department
Vacuna 2009 H1N1 Influenza Formulario de consentimiento

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

Nombre del estudiante – apellido	Nombre	(M.I.)	**Fecha de Nacimiento mes_____ día_____ ano _____**	
Nombre del padre o tutor legal – apellido	Nombre	(M.I.)	**Edad del estudiante**	**Sexo del estudiante M / F**
Dirección			**Teléfono de padres/tutor legal durante el día**	
Ciudad	**Estado**	**codigo postal**		
Nombre de la escuela			**Grado**	

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

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

☐ Dose 1 Date received: month ____day____year_____ Form (please circle): nasal spray shot

☐ Dose 2 Date received: month ____day____year_____ Form (please circle): nasal spray shot

Las siguientes preguntas nos ayudaran 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 SI A alguna o más de las cuatro preguntas siguientes, es posible que su niño pueda recibir la vacuna contra la influenza 2009H1N1, sin embargo nos comunicaremos con usted para revisar sus opciones.

.	SI	NO
1. Su hijo tiene una alergia grave losa 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 el síndrome "Guillain-Barre" (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 ayudaran a determinar cuál de los dos tipos de vacuna puede recibir su hijo.

	SI	NO
1. A su hijo le han puesto alguna vacuna (no solo contra la influenza) en los últimos 30 días Vacuna:_____ Fecha: mes_____dia_____ano_____	☐	☐
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, el hígado, los riñones, la sangre o el sistema nervioso?	☐	☐
3. Su hijo está en tratamiento a largo plazo con aspirina o con medicamentos que contienen aspirina 9 por ejemplo, su hijo toma aspirina diariamente)?	☐	☐
4. Su hijo tiene un sistema inmunitario débil (por ejemplo, debido al SIDA, el cáncer u otros medicamentos come esteroides o los que se usan en el tratamiento del cáncer?	☐	☐
5. Su hija está embarazada o dándole el pecho a un bebe?	☐	☐
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 medula ósea)?	☐	☐

Sección 3: Formulario de consentimiento –

Mi preferencia para la vacuna de la influenza para mi hijo.

☐ **Vacuna inyectable solamente**

☐ **Vacuna viva intranasal/por la nariz solamente** ☐ **Puede ser inyectable o intranasal**

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 2009-2010 y entiendo los riesgos y beneficios.

Autorizo al Departamento de Salud del Condado de Monmouth y su personal Para que le administren la vacuna a mi hijo, Cuyo nombre fue mencionado al comienzo del formulario	NO AURORIZO al Departamento de Salud del Condado de Monmouth 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 _____ Date: mes_____dia_____ano_____	Firma del padre o tutor legal_____ Date: mes_____dia_____ano_____

Sección 5: Vaccination Record

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	/ /	☐ IM ☐ Intranasal				
2009 H1N1	/ /	☐ IM ☐ Intranasal				