

Monmouth County Health Department 2009 H1N1 Influenza Vaccine Consent Form

Sección 1: Información para recibir la vacuna escribir en letra imprenta

Apellido)		Nombre	(M.I.)	Fecha de nacimiento mes _____ día _____ ano _____
Edad	Sexo M / F	Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal		

Sección 2: Preguntas para determinar si puede recibir la vacuna

Las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar si puede recibir la vacuna contra la influenza 2009 H1N1. Por favor marque SI o NO a cada pregunta.

- A. Si responde "NO" a las cuatro preguntas, usted probablemente puede recibir la vacuna contra la influenza. Si responde "SI" a una o más de las cuatro preguntas, es posible que usted pueda recibir la vacuna contra la influenza 2009 H1N1, sin embargo, nos comunicaremos con usted para discutir sus opciones.

	SI	NO
1. Tiene usted una alergia grave a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tiene usted alguna otra alergia grave? Por favor indique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ha tenido usted una reacción grave a una dosis previa de la vacuna de la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha tenido usted alguna vez en síndrome de Guillain-Barré (el tipo de debilidad muscular temporal grave) dentro de las 6 semanas después de haber recibido la vacuna de la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- B. Hay dos tipos de vacuna contra la influenza 2009 H1N1. Sus respuestas nos ayudaran a determinar cuál de los dos tipos de vacuna puede recibir.

	SI	NO
1. Le han puesto alguna vacuna (no solo contra la influenza) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha de administración: mes _____ día _____ ano _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades" asma, diabetes, (o cualquier otro tipo de enfermedad metabólico), o enfermedades de los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado la sangre o el sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Esta usted en tratamiento a largo plazo con aspirina o con medicamentos que contienen aspirina (por ejemplo, toma aspirina diariamente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tiene usted un sistema inmunitario débil (por ejemplo debido al SIDA, el cáncer u otros medicamentos como esteroides o los que se usan en el tratamiento del cáncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Esta embarazado o está dando el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Está en contacto cercano con alguna persona que requiere cuidados en un ambiente protegido (por ejemplo, alguien que ha recibido un trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3: Consentimiento

Mi preferencia para la vacuna de la influenza es la siguiente:

- Vacuna contra la influenza inactivada
 Vacuna viva de administración nasal/intranasal Lo mismo la vacuna inyectable inactivada o la vacuna viva intranasal

Consentimiento para su vacuna:

He leído o me han explicado 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 a administrar la vacuna para mí, cuyo nombre aparece mencionado al comienzo de este formulario.

Firma _____

Fecha: mes _____ día _____ ano _____

Sección 4: Permiso para divulgar información

Section 5: Registro de vacunación

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal				