



34340

# Colorado 2009-2010 INFLUENZA(GRIPE) H1N1

## Consentimiento de la Vacuna y Formulario de Evaluación



Menor/Estudiante

Por favor escriba con letra mayúscula, como aparece en el ejemplo:

E	X	A	M	P	L	E	1	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Por favor pinte los círculos por completo

Correcto:  Incorrecto:  

Por favor use el lado trasero de esta hoja para notas

**Información personal:** Proporcione la información de la manera más completa posible. Toda la información será confidencial.

Nombre										Apellido										Inicial	
Numero de Calle o Caja Postal										Nombre de la calle										Número del apartamento	
Ciudad					Condado					Estado		Código postal			Sexo						
															<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F						

**Seguro Medico:**  
 Medicaid  Medicare  Kaiser Permanente  Otro Privado  No Seguro Medico

**Numero de Póliza de Seguro Medico**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre de Escuela:	Grado escolar:	Fecha de Nacimiento
		MES / DIA / AÑO

Primer nombre del padre/madre	Apellido del padre/madre	Número de Teléfono de día del padre/madre:

Si su hijo/a ya ha sido vacunado/a en el 2009 contra de la influenza H1N1, por favor díganos el número de dosis y las fechas de vacunación

Dosis 1 recibida:  vacuna en atomizador nasal  vacuna inyectable

Dosis 2 recibida:  vacuna en atomizador nasal  vacuna inyectable

- ¿ Su hijo/a tiene alguna alergia severa a los huevos o algún componente de la vacuna contra la gripe?  SI  NO
- ¿ Su hijo/a ha tenido una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la gripe?  SI  NO
- ¿ Su hijo/a ha tenido el síndrome de Guillain-Barré ( un tipo de debilidad muscular grave temporal)?  SI  NO
- ¿ Su hijo/a ha recibido cualquier vacuna en los últimos 30 días?  SI  NO
- ¿ Esta su hijo/a en terapia de aspirina o algo que contenga aspirina a termino largo?  SI  NO
- ¿ Esta su hija embarazada?  SI  NO
- ¿ Su hijo/a tiene contacto cercano con una persona que tiene un sistema inmune debilitado?  SI  NO
- ¿ Su hijo/a tiene alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?  SI  NO  
 Enfermedad pulmonar crónica (incluyendo el asma), enfermedades del corazón, Diabetes, cerebro, de la medula espinal (espina dorsal) o enfermedad muscular que causa problemas tragando o problemas de pulmón, problemas con el sistema inmune por medicina y/o VIH, enfermedad renal, enfermedad hepática, trastornos de la sangre

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:**  
 He leído o se me ha explicado la hoja informativa Lo Que Usted Debe Saber (10/09/2009) para la vacuna contra la influenza 2009 H1N1 y entiendo los riesgos y beneficios de recibir esta vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, que fueron contestadas satisfactoriamente. Yo libero a este proveedor, sus trabajadores y voluntarios de cualquier responsabilidad por cualquier resultado que pueda ocurrir de la administración de esta vacuna.

Doy consentimiento  No doy consentimiento para que mi niño/a nombrado/a en la parte superior de este formulario sea vacunado/a con esta vacuna.

Firma del Padre/Madre/Tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Parar- No escribir debajo de esta línea**

H1N1-2009 VIS	Manufacturer	Dosage	Site	Administered By:
10/02/2009	<input type="radio"/> SP <input type="radio"/> GSK <input type="radio"/> NOV <input type="radio"/> MI <input type="radio"/> CLS	<input type="radio"/> 0.20 mL <input type="radio"/> 0.25 mL <input type="radio"/> 0.50 mL	<input type="radio"/> RD <input type="radio"/> RT <input type="radio"/> LD <input type="radio"/> LT <input type="radio"/> Intranasal	Name:
			Lot No.	Title:

H1N1 PIN:	Provider Name:	Date Administered:
0 1 1 2	B r o o m f i e l d H H S I	M M / D D / Y Y Y Y
	Provider Type: <input checked="" type="radio"/> Public <input type="radio"/> Private	

10/27/2009

34340

Formtran

**Para personas menores de 18 años**