

# FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA H1N1

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<small>Inicial Del Segundo Nombre</small>	<b>Fecha Nacimiento</b>	<b>Edad</b>
<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	

**Población Objetivo:**

- Mujeres embarazadas.
- Personas que viven en la misma vivienda que mujeres embarazadas.
- Cuidadores de niños(as) menores de 6 meses de edad.
- Personas de 6 meses a 24 años de edad.
- Trabajadores dedicados al cuidado de la salud/emergencia.
- Maestros y proveedores profesionales de cuidado a menores de edad.
- Personas de 25 a 64 años de edad con condiciones crónicas de salud

- |  |        |        |
|--|--------|--------|
| 1. ¿Esta embarazadas?  | ___ Si | ___ No |
| 2. ¿Esta enfermo(a) o tiene fiebre? (> 100°)                             | ___ Si | ___ No |
| 3. ¿Es alérgico(a) al huevo o gelatina?                                  | ___ Si | ___ No |
| 4. ¿Es alérgico(a) al thimerosal, gentamicina, Neosporin®, polymyxin B?  | ___ Si | ___ No |
| 5. ¿Ha tenido una reacción severa a la vacuna contra la influenza (flu)? | ___ Si | ___ No |
| 6. ¿Ha tenido el Síndrome de Guillian Barre?                             | ___ Si | ___ No |

**Preguntas para el atomizador de la Influenza**

- |  |        |        |
|--|--------|--------|
| 7. ¿Tiene asma o enfermedad de los pulmones?   | ___ Si | ___ No |
| 8. ¿Ha tenido durante el año pasado más de un episodio de respiración dificultosa?                             | ___ Si | ___ No |
| 9. ¿Tiene enfermedad del corazón?  | ___ Si | ___ No |
| 10. ¿Tiene diabetes/ otra enfermedad del sistema endocrino?  | ___ Si | ___ No |
| 11. ¿Tiene parálisis cerebral, padece convulsiones?  | ___ Si | ___ No |
| 12. ¿Tiene historia de problemas para tragar/pasar alimentos?  | ___ Si | ___ No |
| 13. ¿Tiene un sistema inmunológico débil/CA/SIDA?  | ___ Si | ___ No |
| 14. ¿Esta tomando medicamentos que pueden debilitar el sistema inmunológico?                                   | ___ Si | ___ No |
| 15. En caso de menores de edad, ¿se encuentran estos menores de edad en tratamiento de aspirina a largo plazo? | ___ Si | ___ No |

**CONSENTIMIENTO MEDICO:**

- He recibido la información del CDC acerca del **H1N1**, y la he leído o se me ha explicado .
- Yo entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna **H1N1** y he pedido que se me administre esta vacuna o que se le administre a la persona nombrada abajo para quien estoy autorizado(a) a hacer esta petición.
- Yo entiendo que una dosis de refuerzo de esta vacuna es necesaria en 4 semanas para tener la mejor protección de la vacuna **H1N1** si la persona es menor de 10 años de edad.
- Se me ha ofrecido un lugar para esperar por 15 minutos después de que la vacuna ha sido aplicada.

<b>Firma autorizando consentimiento</b>	<b>Nombre en letra de molde</b>	<b>Fecha</b>

To be completed by clinical staff	
<b>H1N1 Vaccine:</b>	
Circle one: CSL    Flumist    Glaxo    Novartis    Sanofi	Lot # _____
Expiration date: _____	VIS Date:10/02/09
Dose amt: 0.25ml IM    0.50ml IM    0.2ml nasal	Location:    LD    RD    LT    RT    Nasal
Dose #: 1    2	Administered by: Print Name _____
Clinic Location: _____	Today's Date: _____ Signature _____