CUIDAD DE BAYONNE – DEPARTAMENTO DE SALUD
Formulario de consentimiento para la administración de la vacuna contra la influenza 2009 H1N1

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

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)	(Nombre)	(Inicial 2.° nombre)	**FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE** mes_____ día_____ año_____	
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL (Apellido)	(Nombre)	(Inicial 2.° nombre)	**EDAD DEL ESTUDIANTE**	**SEXO DEL ESTUDIANTE** M / F
DIRECCIÓN			**TELÉFONO DEL PADRE O TUTOR LEGAL DURANTE EL DÍA:**	
CIUDAD	**ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**		
NOMBRE DE LA ESCUELA			**GRADO**	

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

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

☐ Dosis 1 Fecha de administración: mes ____día____año_____ Tipo (por favor encierre en un círculo): atomizador nasal inyección

☐ Dosis 2 Fecha de administración: mes ____día____año_____ Tipo (por favor encierre en un círculo): atomizador nasal inyección

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si su hijo puede recibir la vacuna contra la influenza 2009 H1N1. Por favor responda SÍ o NO a cad pregunta.

A. Si responde "NO" a todas las cuatro preguntas siguientes, su niño probablemente puede recibir la vacuna contra la influenza. Si responde "SÍ" a alguna o más de las cuatro preguntas siguientes, es posible que su niño pueda recibir la vacuna contra la influenza 2009 H1N1, sin embargo, nos comunicaremos con usted para revisar sus opciones.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo tiene una alergia grave a los 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 alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (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 ayudarán a determinar cuál de los dos tipos de vacuna puede recibir su hijo.

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

Sección 3: Permiso para divulgar información

Placeholder for parental consent for release of data from vaccination record.

Sección 4: Consentimiento

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 del 2009-2010 y entiendo los riesgos y beneficios.

AUTORIZO al departamento de salud de STATE/LOCAL y a su personal para que le administren la vacuna a mi hijo, cuyo nombre se indica al principio de este formulario. Firma del padre o tutor legal _____ Fecha: mes_____día_____año_____	NO AUTORIZO al departamento de salud de STATE/LOCAL y a su personal para que le administren la vacuna a mi hijo, cuyo nombre se indica al principio de este formulario. Firma del padre o tutor legal_____ Fecha: mes_____día_____año_____

Sección 5: Registro de vacunación **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				

SAMPLE