

Official Use Only: Priority Status

- Pregnant women
- Household contacts of children under 6 months
- Person 6 months to 24 years old
- Adults, 25 years of age or older with serious chronic illness
- Healthcare workers and EMS personnel

2009 H1N1 Formulario de Consentimiento del Padre de Familia

Nombre del niño/a:

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento:

Mes/	Día /	Año
------	-------	-----

Genero: Masculino Femenino

Idioma: Inglés Español Otro: _____

Dirección:

Calle	Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono de la casa: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Lugar de Nacimiento

Estado/País: _____ Doctor de Cabecera: _____

Declaración de Consentimiento

He recibido la hoja de información sobre vacunas de los CDC 2009-2010 (VIS, por sus siglas en inglés) para la vacuna 2009 H1N1, he leído este documento, y no tengo más preguntas en este momento. Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna en cualquiera de sus formas y reconozco que no han hecho garantías referentes a los buenos resultados de la vacuna. Entiendo que hay efectos secundarios y advertencias sobre las vacunas. Adicionalmente, estoy conciente de que mi niño/a puede necesitar dos dosis si el/ella tienen, o son menores de 9 años.

Doy permiso para que mi niño/a reciba: **(por favor marque solo una casilla)**

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inyección H1N1 | <input type="checkbox"/> H1N1 Mist (vacuna nasal), Si está disponible | <input type="checkbox"/> Cualquiera de las vacunas dependiendo de cuál este disponible |
|---|---|--|

Si tiene 18 años o es mayor

Firma de quien

participa: _____ Fecha: _____

Si el niño/a es menor de 18 años Y usted como padre o tutor legal está dando consentimiento de la vacunación de su niño/a, usted deberá completar este formulario y firmar abajo.

Firma del padre de familia/ tutor legal:

_____ Fecha: _____

ESCRIBA el nombre del padre de familia/tutor legal:

Marque Uno: Madre Padre Tutor Legal

Dirección:

(Si es diferente a la del niño/a)		
	Calle	Estado, Código Postal

Teléfono durante el día () - _____

Por favor conteste las siguientes preguntas: (Haga un círculo en su respuesta, Si o No)

1 ¿Tiene su niño/a: asma, respiración sibilante recurrente, o sibilancia activa? Si No

2 ¿Alguna vez ha recibido su niño/a la vacuna H1N1? Si No

3 ¿Alguna vez ha tenido su niño/a una reacción que ponga en peligro su vida después de ALGUNA vacuna? Si No

4 ¿Tiene su niño/a alguna alergia, incluyendo alergias a los huevos, proteínas de huevo, gentamicina, gelatina o arginina, o una condición médica especial? Si No

Si contesto Si, por

favor explique: _____

5 Durante los últimos 30 días, ¿ha recibido su hijo/a alguna vacuna? Si No

Si contesto Si, por favor escriba el

nombre de la vacuna y la fecha _____

6 ¿Ha tenido su hijo/a el síndrome Guillain-Barre? Si No

7 ¿Tiene su hijo alguna enfermedad o toma medicamentos para disminuir el sistema inmune o tiene contacto cercano con alguien con sistema inmune débil? Si No

Si contesto Si, por

favor explique _____

8 ¿Tiene su hijo alguno de los siguientes problemas de salud? Si No

Enfermedad del corazón Enfermedad del riñón Diabetes Recibe aspirina o terapia que contenga aspirina

Otro _____

9 ¿Está su hija embarazada o lactando? Si No

Raza Blanca Negra Asiática Otra: _____

Hispano: No-Hispano
 Cubano Mejicano Puertorriqueño
 Centroamericano Dominicano Suramericano
 Otro _____

Plan Médico: (esta información es para propósitos estadísticos únicamente y no será usada para cobrarle a ninguna organización)

Seguro Privado No tiene seguro CHIP Asistencia Médica-ACCESS-Medicaid
 Medicare Otro

Official Use: Provider Name: _____ Provider Initial: _____ Date: _____

Route: Intranasal Intramuscular- RD LD Lot # _____ Exp. Date: _____

Other Info: Child refused Parent/Guardian notified of vaccination

Por favor complete ambos lados de este formulario. Se requiere TODA la información para el PA Dept of Health Statewide Immunization Information System (SIIS) registry