



Consentimiento para la vacuna novedosa H1N1



Usar únicamente para dar consentimiento para uno mismo o para otros (en presencia del adulto que preste consentimiento)

En Letra de Molde, Por Favor

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Raza: _____ Género: Hombre _____ Mujer _____

Dirección (Calle) _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Condado: _____

Favor de contestar las siguientes preguntas: Sí NO No Se

La persona que se va a vacunar, ¿esta enfermo el día de hoy?

La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a los huevos o a algún componente de la vacuna?

La persona que se va a vacunar a tenido una reacción a la vacuna influenza

Intre-nasal (Flu-mist) o a la vacuna de influenza en el pasado?

La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barre?

La persona que se va a vacunar, ¿tiene algún problema de salud a largo plazo de enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad neurológica o neuromuscular, enfermedad del hígado enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia o otra enfermedad de la sangre?

La persona que se va a vacunar, ¿es un niño de 2 a 4 años; algun profesional del cuidado de salud le ha dicho que ha tenido silbidos o asma?

La persona que se va a vacunar, ¿tiene el sistema inmunológico débil debido a una enfermedad que afecta el sistema inmunológico, o tratamiento a largo plazo con medicamentos como altas dosis de esteroides, o tratamiento de cáncer con radiación o medicamentos?

El niño o adolescente que se va a vacunar, ¿recibe terapia con aspirinas o terapia que contenga aspirina?

La persona que se va a vacunar, ¿esta embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes?

La persona que se va a vacunar, ¿vive, o espera tener contacto cercano, con una persona que tiene el sistema inmunológico gravemente afectado y que tiene que estar en un ambiente aislamiento protegido (como una habitación de hospital con reservas de aire invertido)?

La persona que se va a vacunar a recibido una vacuna de MMR, Varicela, Fiebre, Amarilla, o un vacuna de FluMist en los últimos 28 días?

He recibido, leído y comprendido la Declaración de información (VIS) sobre la vacuna de Influenza. También me han dado el aviso sobre Normas de Privacidad. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y discutir mis concernimientos con un profesional del cuidado de la salud.

Yo doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica, para propósitos de tratamiento, obtener pagos y operaciones relacionadas con el cuidado de la salud.

Firma del Cliente/Representante Legal _____ Date _____

Relación o parentesco con el Cliente

For Office Use

Date of Vaccine _____ Vaccine Type _____ Lot Number _____

Mfg _____

Administered By: _____