

Consentimiento Para Vacuna Contra La Influenza 2009 H1N1

Seccion 1: Informacion Sobre Nino que Recibira Vacuna

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)		(Primer Nombre)	(M.I.)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE Mes Dia Año		
NOMBRE DE PADRE O TUTOR (Apellido)		(Primer Nombre)	(M.I.)	EDAD DEL ESTUDIANTE	SEXO DEL ESTUDIANTE M / F	
DIRECCION				NUMERO DE TELEFONO DE PADRE O TUTOR:		
CIUDAD	ESTADO	ZIP				
NOMBRE DE ESCUELA				GRADO		

Seccion 2: Deteccion de Elegibilidad para Vacuna

Si su nino ya ha recibido la vacuna contra la influenza 2009 H1N1, favor de decirnos el numero de dosis y fechas de inmunizacion.

Dosis 1 Fecha recibido: mes ____ dia ____ ano Forma (haga un circulo): atomizador nasal inyeccion
 Dosis 2 Fecha recibido: mes ____ dia ____ ano Forma (haga un circulo): atomizador nasal inyeccion

Las preguntas siguientes nos ayudan saber si u nino puede recibir la vacuna contra la influena 2009 H1N1. Favor de marcar SI o NO para cada pregunta.

A. Si contesta "NO" a todos las cuatro preguntas siguientes, su nino probablemente puede recibir la vacuna. Si contesta "SI" a uno o mas de las siguientes su nino posiblemente puede recibir la vacuna, pero se contactaremos para discutir sus opciones.

	SI	NO
1. Tiene su nino una alergia grave a huevos?		
2. Tiene su nino otras alergias graves? Escriba aquí:		
3. Ha reaccionado gravemente su nino a una inmunizacion contra influenza en el pasado?		
4. Ha tenido su nino sindroma de Guillain-Barré (un tipo de debilidad grave de musculos temporario) dentro de 6 semanas despues de recibir vacuna contra influenza?		

B. Hay dos tipos de vacuna contra influenza 2009 H1N1. Las contestas de las preguntas siguientes nos ayudaran saber cual tipo de vacuna su nino puede recibir.

	SI	NO
1. Ha recibido su nino alguna vacuna (no simplemente influenza) dentro de las ultimas 30 dias? Vacuna: _____ Fecha recibido: mes dia ano		
2. Tiene su nino alguno de los siguientes: asma, diabetes (o otro tipo de enfermedad metabolico), o enfermedad de los pulmones, corazon, rinones, higado, nervios, o sangre?		
3. Toma su nino aspirina regularmente o diaria?		
4. Tiene su nino un sistema inmunitario debilitada? (por ejemplo, HIV, cancer, o toma medicamentos como esteroides o quimoterapia?)		
5. Esta su nina embarazada?		
6. Tiene su nino contacto cercano con otra que tenga un sistema inmunitario gravemente debilitado (que requiera recibir cuidados en un ambiente protegido, como en una unidad de trasplante de médula ósea)?		

Seccion 3: Consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACION DE NINO:

He leído o se me ha explicado la informacion sobre la Vacuna Contra Influenza 2009 H1N1 y entiendo los riesgos y beneficios.

DOY CONSENTIMIENTO a Alexandra Klikoff, MD, Inc. para vacunar a mi hijo el nombre en la parte superior de esta forma con esta vacuna. (Si esta formulario de consentimiento no esta firmado, fechado, y devuelto, su nino no recibira la vacuna en la escuela) Firma de Padre o Tutor _____ Fecha: mes ____ dia ____ ano ____	NO DOY CONSENTIMIENTO a Alexandra Klikoff, MD, Inc. para vacunar a mi hijo el nombre el la parte superior de esta forma con esta vacuna. Firma de Padre o Tutor _____ Fecha: mes ____ dia ____ ano ____
--	---

Seccion 4: Permiso para Divulgar Informacion

Queremos informar al doctor de su nino sobre la fecha de inmunizacion. Tambien queremos informar al Departamento de Salud del Estado de California del numero de ninos inmunizados.

CONSENTO para divulgar la información sobre la inmunización de mi nino Nombre del doctor de su nino: _____ Firma de Padre o Tutor: _____ Fecha: mes dia ano	NO CONSENTO para divulgar la información sobre la inmunización de mi nino. Firma de padre o tutor: _____ Fecha: mes dia ano
--	---

