

**LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA H1N1 / ANTIGRI PAL
FORMA DE CONSENTIMIENTO**

FAVOR DE LLENAR COMPLETAMENTE CON LETRA DE MOLDE LA FORMA. (LAS FORMAS INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS).
Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Sexo: M / F

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Apellido Materno: _____

Dirección Actual: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono de casa: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

- Seguro Particular (*Nombre de la Compañía*) _____ Medicaid/Salud
 Ningún seguro médico El Seguro no paga los gastos de vacunas

Raza: (Márque una con un círculo) W- Blanca B-Negra O-Otra Etnia: H – Hispano NH – No Hispano

1. ¿Es alérgico/a a los huevos? Si No No sé
2. ¿Ha sufrido de Síndrome de Guillain-Barré? Si No No sé
3. ¿Se ha vacunado contra la influenza en otra ocasión? Si No No sé
4. ¿En alguna ocasión ha sufrido una grave reacción a la vacuna de influenza? Si No No sé
5. ¿En las últimas cuatro semanas se ha vacunado contra otras enfermedades?
Si respondió usted que sí ¿contra cuáles se ha vacunado?: _____ Fecha aplicada: _____
 Si No No sé
6. ¿Es alérgico a gentamicina, gelatina, o glutamato monosódico? Si No No sé
7. ¿Tiene asma u otra enfermedad de los pulmones? Si No No sé
8. ¿Tiene problemas crónicos con enfermedades del corazón? Si No No sé
9. ¿Tiene enfermedades o problemas en los riñones? Si No No sé
10. ¿Tiene enfermedades en la sangre (como anemia de células falciformes)? Si No No sé
11. ¿Tiene diabetes? Si No No sé
12. ¿Toma tratamiento de aspirina a largo plazo? Si No No sé
13. ¿Tiene usted o alguien en su casa las defensas bajas por VIH/SIDA u otra enfermedad que afecte el sistema inmunológico o tratamiento con medicinas como esteroides o tratamientos con rayos X o medicamentos para el cáncer Si No No sé
14. ¿Está embarazada o quiere embarazarse en el próximo mes? Si No No sé

Indique cualquier alergia que tenga _____

IMPORTANTE – para niños menores de 9 años de edad: ¿Recibió dos dosis de la vacunas contra la influenza en años anteriores?

Si No

Me han dado una copia con información acerca de la vacuna y la he leído, o me han explicado la información acerca de la influenza y la vacuna contra la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales han sido contestadas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna para la influenza. Pido que me pongan la vacuna. Si la persona tiene menos de 9 años de edad y no ha recibido dos dosis de la vacuna en años anteriores, quiero que se le dé una segunda dosis de la vacuna antigripal.

Autorizo a que se comparta la información acerca de las vacunas aplicadas a mi o a mi niño/a con otro personal médico para evitar vacunas innecesarias o para confirmar el estado de inmunización.

Firma del padre/madre/persona responsable _____ Fecha _____

FOR CLINIC USE (This section must be completed by the medical provider)

| | | |
|---|--|--|
| Clinic ID# _____ | Date Vaccinated _____ Provider Signature _____ Vaccine used (check one): <input type="checkbox"/> Flulaval <input type="checkbox"/> Fluarix <input type="checkbox"/> MedImmune FluMist® <input type="checkbox"/> SanofiPasteur Fluzone® Lot # _____ Site of Injection _____ | 2 nd Dose if needed: Date Vaccinated _____ Provider Signature _____ Vaccine used (check one): <input type="checkbox"/> MedImmune FluMist® <input type="checkbox"/> SanofiPasteur Fluzone® Lot # _____ Site of Injection _____ |
| NMSIIS entry completed <input type="checkbox"/> | | |