

Formulario de consentimiento de la vacuna contra la influenza H1N1 2009 - Niños

Sección 1: Información del niño al que se le aplicará la vacuna (en letra de imprenta)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)		(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE mes _____ día _____ año _____	
NOMBRE DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL (Apellido)		(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	EDAD DEL ESTUDIANTE	SEXO DEL ESTUDIANTE Masculino Femenino
DIRECCIÓN			NÚMERO DE TELÉFONO USADO DURANTE EL DÍA DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL: Casa o trabajo: ()) Celular: ())		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
NOMBRE DE LA ESCUELA		UBICACIÓN DE LA CLÍNICA		GRADO	NOMBRE DEL DOCENTE

Sección 2: Control de elegibilidad para la aplicación de la vacuna

Si a su hijo ya le aplicaron la vacuna contra la influenza H1N1 2009, indique la cantidad de dosis y las fechas en que las recibió.

- Dosis 1 Fecha de aplicación: mes ___ día ___ año ___ Forma farmacéutica (marque con un círculo): aerosol nasal inyección
- Dosis 2 Fecha de aplicación: mes ___ día ___ año ___ Forma farmacéutica (marque con un círculo): aerosol nasal inyección

Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si su hijo puede recibir la vacuna contra la influenza H1N1 2009. Marque **SÍ** o **NO** para cada pregunta.

Si responde “**NO**” a las cinco preguntas presentadas a continuación, es probable que su hijo pueda recibir la vacuna contra la influenza. Si responde “**SÍ**” a una o más de las siguientes cinco preguntas, es posible que su hijo reciba la vacuna contra la H1N1 2009, pero nos comunicaremos con usted para analizar sus opciones.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo tiene alergia severa al huevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo tiene alergia severa a la neomicina, gentamicina, tiomersal, gelatina, o sulfato de arginina o de polimixina B? Indique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez su hijo tuvo una reacción seria a una dosis anterior de vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez su hijo tuvo el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporaria) dentro de las seis semanas posteriores a recibir una vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Su hijo toma aspirina o recibe algún tratamiento que contenga aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3: Consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO:

He leído o me han explicado la Hoja de información de la vacuna correspondiente a la vacuna contra la influenza H1N1 2009 y comprendo los riesgos y beneficios. Comprendo que la vacuna puede contener tiomersal.

OTORGO EL CONSENTIMIENTO al Departamento de Salud de Vermont y al personal que trabaja en su nombre a vacunar a mi hijo, cuyo nombre aparece en la parte superior de este formulario, con la vacuna contra la gripe H1N1. (Para que se le aplique la vacuna a su hijo, este consentimiento debe estar firmado, fechado y devuelto a la escuela de su hijo).

NO OTORGO EL CONSENTIMIENTO al Departamento de Salud de Vermont y al personal que trabaja en su nombre a vacunar a mi hijo, cuyo nombre aparece en la parte superior de este formulario, con la vacuna contra la gripe H1N1.

Firma del padre, la madre o el tutor legal:

Fecha: mes _____ día _____ año _____

Firma del padre, la madre o el tutor legal:

Fecha: mes _____ día _____ año _____

Sección 4: Registro de vacunación

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number	Body Site	Lot Number	Manufacturer	Date VIS given	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	IM	<input type="checkbox"/> 1st	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> LT				
2009 H1N1	/ /	IM	<input type="checkbox"/> 2d	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> LT				

Devuelva este formulario a la escuela si quiere o no que a su hijo se le aplique la vacuna. For IM H1N1 vaccination only

October 2009