

Formulario de Consentimiento de Adultos para la Vacuna de la Gripe H1N1 2009

Sección 1: Información sobre el Adulto que va a recibir la vacuna (Usar letra de imprenta)

APELLIDO	NOMBRE	(M.I.)	FECHA DE NACIMIENTO	
			mes	día
			EDAD	SEXO
				M / F
DIRECCIÓN			TELÉFONO DURANTE EL DÍA	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE S/S	

Sección 2: Chequeo para la Elegibilidad de la Vacuna

Si Ud ya ha sido vacunado/a contra la influenza H1N1 2009, por favor indique la fecha de las vacunas. Los adultos solo necesitan una dosis de la vacuna H1N1. Así que Ud no necesita ser vacunado hoy. Favor de llenar su historial sobre la vacuna H1N1.

Dosis 1 Fecha recibida: mes ___ día ___ año ___ Forma: (elija) Intranasal o Inyección

Las preguntas siguientes nos ayudarán a saber si Ud puede ser vacunado/a contra la influenza H1N1 2009. Favor de seleccionar **SÍ o **NO** para cada pregunta.**

A. Si selecciona “NO” a las 5 siguientes preguntas Ud podría probablemente ser vacunado/a contra la influenza. Si selecciona “SÍ” a una o más de las 5 siguientes preguntas Ud podría ser vacunado/a con la vacuna contra el H1N1 2009 pero la enfermera tendría que hablar con Ud sobre otras posibles opciones.

	SI	NO
1. ¿Tiene Ud alguna alergia grave a los huevos, o productos conteniendo huevos, o al Thimerasol (Solución NO para lentes de contacto)?		
2. ¿Tiene Ud algún otro tipo de alergia grave? Cúales?		
3. ¿Ha tenido Ud alguna reacción grave a la vacuna de la gripe en el pasado?		
4. ¿Ha tenido Ud el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal) en el lapso de 6 semanas después de recibir la vacuna?		
5. ¿Ha estado Ud enfermo con fiebre o ha tenido alguna enfermedad grave en las últimas 24-48 horas?		

B. Hay dos tipos de vacunas H1N1 2009. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a saber cuál de las dos se le puede dar a Ud.

	SI	NO
1. ¿Es Ud mayor de 49 años?		
2. ¿Ha recibido Ud alguna vacuna (no sólo la de la gripe) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha recibida: mes ___ día ___ año ___		
3. ¿Tiene Ud alguna de las enfermedades siguientes: asma, diabetes, (u otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedad de los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, los nervios o la sangre?		
4. ¿Tiene Ud algún trastorno muscular o nervioso (como convulsiones o parálisis cerebral) que podría traerle problemas para respirar o tragar?		
5. ¿Tiene Ud un sistema de inmunidad debilitado (por ejemplo, por tener VIH, o por tomar medicinas como esteroides o para tratar el cáncer)?		
6. ¿Está Ud embarazada?		
7. ¿Tiene Ud contacto directo con alguna persona que necesita cuidados en un ambiente protegido, (por ejemplo, alguien que haya tenido un trasplante de la médula) ?		

Sección 3: Consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN: Deseo recibir (Indique por favor): ___ La vacuna H1N1 Intranasal ___ La vacuna Inyectable ___ Sin preferencia

He recibido, leído, y entiendo la Declaración de Información sobre la vacuna Novel H1N1 (VSI, por sus siglas en inglés). He podido hacer preguntas y discutir mis inquietudes con un profesional de la salud.

Yo, _____, (favor de usar letra de imprenta), consiento en recibir la vacuna Novel H1N1

Nombre (en Letras de Imprenta)

Firma

Fecha

FAVOR DE LLENAR ESTE FORMULARIO SI USTED TIENE MEDICARE, MEDICAID O SEGURO PRIVADO

Nombre de la Compañía de Seguro: _____

Número de Teléfono de la Compañía de Seguro: (____) _____

Dirección de la Compañía de Seguro: _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Número de Identificación del Seguro: _____ **Número del Grupo:** _____

Nombre del Beneficiario: _____

Fecha de Nacimiento del Beneficiario : Mes _____ Día _____ Año _____

Relación con el Beneficiario: _____ Sí Mismo/a _____ Esposo/a _____ Hijo/a _____ Dependiente

Yo certifico que la información proporcionada por mí es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a cualquiera que tenga información médica o de otro tipo sobre mí, revelar dicha información a la Administración del Seguro Social o sus Intermediarios o Proveedores de Seguro, si fuera necesario para este reclamo. Doy permiso que se use una copia de esta autorización en lugar de la original. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan en mi nombre. He asignado los pagos para esos servicios a la organización que los provee, o autorizo a los doctores o dicha organización a que presenten un reclamo de pago a Medicare en mi nombre. Además, he recibido una copia de Aviso de Privacidad (Notice of Private Practices).

Firma _____ **Fecha** _____

Section 4: Vaccination Record
FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Site	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1		IM Intranasal	RDT				
			LDT				
2009 H1N1		IM Intranasal	RDT				
			LDT				

VIS Date – 10/2/09

Date VIS given _____