

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

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

APELLIDO DEL ESTUDIANTE			Nombre	(M.I.)	FECHA DE NACIMIENTO		
APELLIDO DE LOS PADRES/GUARDIAN LEGAL			Nombre	(M.I.)	Mes	Día	Año
DIRECCIÓN			TELÉFONO DE LOS PADRES/GUARDIAN LEGAL:				
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		S/S del Estudiante			
NOMBRE DE LA ESCUELA				GRADO		MAESTRO	

### Sección 2: Chequeo para la Elegibilidad de la Vacuna

Si su hijo/a ya ha sido vacunado/a contra la influenza H1N1 2009, por favor indique cuántas dosis ha recibido y la fecha de las vacunas.

Dosis 1      Fecha Recibida: mes \_\_\_\_ día \_\_\_\_ año \_\_\_\_      Forma: (elija):      Intranasal      Inyección  
 Dosis 2      Fecha Recibida: mes \_\_\_\_ día \_\_\_\_ año \_\_\_\_      Forma: (elija):      Intranasal      Inyección

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

**A. Si selecciona "NO" a las 4 siguientes preguntas, su hijo/a podría probablemente ser vacunado contra la influenza. Si selecciona "SÍ" a una o más de las 4 siguientes preguntas, su hijo/a podría ser vacunado/a con la vacuna contra el H1N1 2009 pero solamente por su proveedor de salud privado.**

	SÍ	NO
1. ¿Tiene su hijo/a alguna alergia grave a los huevos?		
2. ¿Tiene su hijo/a algún otro tipo de alergia grave? ¿Cuáles? _____		
3. ¿Ha tenido su hijo/a alguna reacción grave a la vacuna de la gripe en el pasado?		
4. ¿Ha tenido su hijo/a el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal) en el lapso de 6 semanas después de recibir la vacuna?		

**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 su hijo/a.**

	SÍ	NO
1. ¿Ha recibido su hijo/a alguna vacuna (no sólo la de la gripe) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha recibida: mes ____ día ____ año ____		
2. ¿Tiene su hijo/a 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?		
3. ¿Está su hijo/a en terapia a largo plazo con aspirina o medicina conteniendo aspirina (por ejemplo, toma su hijo/a aspirina todos los días)?		
4. ¿Tiene su hijo/a un sistema de inmunidad debilitado (por ejemplo, por tener VIH, cáncer o por tomar medicinas como esteroides o para tratar el cáncer)?		
5. ¿Está su niña/adolescente embarazada?		
6. ¿Tiene su hijo/a contacto directo con alguna persona que necesita cuidados en un ambiente protegido, (por ejemplo, alguien que haya tenido un transplante de la médula) ?		

### Sección 3: Autorización

<b>AUTORIZACIÓN PARA VACUNAR A UN NIÑO/A: Autorizo que mi hijo/a reciba (Indique por favor): _____ La vacuna H1N1 Intranasal</b> <b>La vacuna Inyectable _____ Cualquiera de las dos</b>	
He recibido, leído, y entiendo la Declaración de Información sobre la vacuna H1N1 (VSI, por sus siglas en inglés). He podido hacer preguntas y discutir mis inquietudes con un profesional de la salud. Doy mi autorización al Departamento de Salud del Condado de Collier para que vacunen a mi hijo/a con la vacuna H1N1 en mi ausencia.	
Yo, _____, (favor de usar letra de imprenta para escribir el nombre del adulto autorizado), tengo la siguiente relación con el niño/a nombrado/a arriba (favor de indicar la relación con el niño/a).	
_____ Orden de la Corte    _____ Guardian Legal    _____ Padre    _____ Madre    _____ Tía Mayor de Edad    _____ Tío Mayor de Edad _____ Hermana Mayor    _____ Hermano Mayor    _____ Abuelo    _____ Abuela    _____ Madrastra    _____ Padrastro	
Tengo la autoridad legal, basada en la relación con el niño/a citado arriba y según el estatus 743.0645, del Estado de la Florida, de autorizar la administración de la vacuna al niño/a nombrado/a arriba.	
Nombre (en Letras de Imprenta) _____	
Firma del Padre/Guardian Legal _____ 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 \_\_\_\_\_