

Formulario de consentimiento para la administración de la vacuna contra la influenza 2009 H1N1 de Sauk County

Sección 1: Información sobre el niño que va a recibir la vacuna (escribir en letra imprenta)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)		(Nombre)	(Inicial 2.º nombre)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE mes _____ día _____ año _____	
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL (Apellido)		(Nombre)	(Inicial 2.º nombre)	EDAD DEL ESTUDIANTE	SEXO DEL ESTUDIANTE M / F
DIRECCIÓN			TELÉFONO DEL PADRE O TUTOR LEGAL DURANTE EL DÍA:		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
NOMBRE DE LA ESCUELA			GRADO		

Sección 2: Preguntas para determinar si el estudiante puede recibir la vacuna

Si su hijo ya recibió la vacuna contra la influenza 2009 H1N1, por favor díganos el número de dosis que recibió y las fechas de vacunación.

Dosis 1 Fecha de administración: mes ___ día ___ año ____ Tipo (por favor encierre en un círculo): atomizador nasal inyección

Dosis 2 Fecha de administración: mes ___ día ___ año ____ Tipo (por favor encierre en un círculo): atomizador nasal inyección

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si su hijo puede recibir la vacuna contra la influenza 2009 H1N1. Por favor responda SÍ o NO a cada pregunta.

Si responde "NO" a todas las cuatro preguntas siguientes, su niño probablemente puede recibir la vacuna contra la influenza. Si usted contesta al " YES" a uno o más de las cuatro preguntas siguientes o si su niño es enfermo con fiebre, su niño no conseguirá la vacuna de la gripe H1N1 en la escuela.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo tiene alguna otra alergia grave, que usted sepa? Por favor indique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo tiene una alergia grave a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal grave) dentro de las 6 semanas después de haber recibido la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3: Consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO:

He leído o me han explicado la información sobre la vacuna contra la influenza 2009 H1N1 para la temporada del 2009-2010 y entiendo los riesgos y beneficios.

AUTORIZO al departamento de salud de STATE/LOCAL y a su personal STATE/LOCAL y a su personal para que le administren la vacuna a mi hijo, cuyo nombre fue mencionado nombre fue mencionado al comienzo de este formulario.

Firma del padre o tutor legal _____
legal _____

Fecha: mes _____ día _____ año _____

NO AUTORIZO al departamento de salud de para que le administren la vacuna a mi hijo, cuyo al comienzo de este

Firma del padre o tutor

Fecha: mes _____ día _____ año _____

Section 4: Vaccination Record

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal				
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal				

**Formulario de consentimiento para la administración de la vacuna contra la influenza 2009
H1N1 de Sauk County**

--	--	--	--	--	--	--