

## Formulario de Consentimiento para la Vacuna Novel H1N1

**INSTRUCCIONES:** Traiga con usted este formulario completado cuando venga a la clínica de la gripe H1N1 (porcina.) Usted tendrá la oportunidad de hacer preguntas y discutir sus preocupaciones con un/a profesional de salud en la clínica.

**Información acerca de la persona a recibir la vacuna (por favor use letra de imprenta)**

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primer Nombre* *Inicial*

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Raza:** \_\_\_\_\_

**Alergias:** Ninguna \_\_\_\_\_ ¿Huevos? Sí  No  ¿Látex? Sí  No  ¿Gelatina? Sí  No   
 ¿Neomycin? Sí  No  ¿Polymycin B? Sí  No  ¿Gentamicin? Sí  No  Otro \_\_\_\_\_

**Alguna vez a tenido usted alguna reacción seria cuando a sido vacunado?** Sí  No

**La persona que recibirá la vacuna a sido diagnosticada alguna vez con:** Asma \_\_\_\_\_ Problemas de Corazón/Pulmones \_\_\_\_\_ Cáncer \_\_\_\_\_ VIH \_\_\_\_\_ Leucemia \_\_\_\_\_ Células falciformes \_\_\_\_\_ Ataques \_\_\_\_\_ Guillian-Barre \_\_\_\_\_ Sistema Inmunológico débil \_\_\_\_\_ Artritis Reumática \_\_\_\_\_ Problemas del Cerebro/Nervios \_\_\_\_\_

**La persona que recibirá la vacuna a recibido sangre, productos de sangre o inmunoglobulina en el último año?** Sí  No

La persona que recibirá la vacuna a recibido cualquiera de los siguientes?: Quimioterapia \_\_\_\_\_ Terapia de Esteroides \_\_\_\_\_ Radiación \_\_\_\_\_ Tratamientos de Rayos X \_\_\_\_\_ Medicamento antiviral \_\_\_\_\_

**¿Está embarazada la persona que recibirá la vacuna?** Sí  No

**La persona que recibirá la vacuna, a sido vacunada (incluyendo del resfrió) en el último mes?** Sí  No   
 Si la respuesta es Sí, ¿dónde? Nombre del Doctor/Clínica \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
*Calle* *Ciudad*

\_\_\_\_\_ *Condado* \_\_\_\_\_ *Estado* \_\_\_\_\_ *Código Postal*

# de teléfono: \_\_\_\_\_ # de Celular: \_\_\_\_\_

**Si está dando consentimiento a un menor, por favor complete lo siguiente:**

Yo, \_\_\_\_\_, (por favor imprima el nombre del adulto) tengo la siguiente relación con la persona arriba mencionada (por favor chequee la relación a la otra persona o niño/a):

- |   |   |   |                                     |
|---|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Orden de Corte | <input type="checkbox"/> Guardián Legal | <input type="checkbox"/> Padre          | <input type="checkbox"/> Madre      |
| <input type="checkbox"/> Tía Adulta     | <input type="checkbox"/> Hermano Adulto | <input type="checkbox"/> Hermana Adulta | <input type="checkbox"/> Tío Adulto |
| <input type="checkbox"/> Abuelo         | <input type="checkbox"/> Abuela         | <input type="checkbox"/> Madrastra      | <input type="checkbox"/> Padrastro  |

He recibido, leído, y entendido la **Declaración Informativa de la Vacuna Novel H1N1 (VIS)**.

Con mi firma certifico que me han ofrecido la Nota de Derechos de Privacidad.

Con mi firma certifico que tengo la autoridad legal, basado en mi relación con la persona arriba indicada, de consentir a esta administración de vacuna al/la niño/a identificado/a arriba.

\_\_\_\_\_  
**Nombre Impreso** **Firma** **Fecha**

**FOR OFFICE USE ONLY**

_____	_____	_____
<b>Date of Vaccination</b>	<b>Vaccine Type</b>	<b>Lot Number</b>
_____	_____	_____
<b>Administered By</b>	<b>Title</b>	