

Formulario de Consentimiento para la Administración de la Vacuna Contra la Influenza 2009 H1N1

Departamento de Salud del Condado de Volusia

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE VA A RECIBIR LA VACUNA (escribir en letra impresa)

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento: mes _____ día _____ año _____	
Dirección (Calle):			Edad: _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Ciudad:			Raza:	
Estado:	Código Postal:	Teléfono #:		

SECCIÓN 2: PREGUNTAS PARA DETERMINAR SI PUEDE RECIBIR LA VACUNA: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si puede recibir la vacuna contra la influenza 2009 H1N1. Por favor responda SÍ o NO a cada pregunta. Dependiendo sus respuestas, nos comunicaremos con usted para revisar sus opciones.

Para las preguntas 1 al 4, para la persona cuyo nombre fue mencionado al comienzo de este formulario:	SI	NO
1. ¿Tiene una alergia grave a los huevos, productos hechos con huevos, Thimeresol u otras alergias? Indique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene un catarro, fiebre, u otra enfermedad hoy? Indique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la influenza o a otra vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿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"/>
Para las Preguntas 5 al 9, para la persona cuyo nombre fue mencionado al comienzo de este formulario:	SI	NO
5. (Para Mujeres solamente) ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Vive con o cuida niños menores de 6 meses de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene 6 meses a 24 años de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene 25 a 64 años de edad y tiene una condición médica que lo pone en alto riesgo de complicaciones por la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Es trabajador de cuidado de salud o es empleado de servicios médicos de emergencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. (Para menores de 10 años de edad) Si su hijo ya recibió la primera dosis de la vacuna contra la influenza 2009 H1N1, por favor conteste lo siguiente: Dosis 1 Fecha de administración: mes _____ día _____ año _____ Tipo: <input type="checkbox"/> atomizador nasal <input type="checkbox"/> inyección		

SECCIÓN 3: PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y TERCER PAGADOR DE SERVICIOS

He recibido o he leído la Notificación de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud. Al firmar abajo en la Sección 4, le doy permiso para divulgar información médica relacionada a esta vacuna para el tratamiento, operaciones de atención médica o pago; incluyendo la divulgación a cualquier tercer pagador y toda la información relativa al pago. Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Volusia para reclamar a cualquier tercer pagador para la administración de esta vacuna, y para recibir pago directamente.

<input type="checkbox"/> Medicad	<input type="checkbox"/> Medicare	Seguro Social # / Medicare # _____	<input type="checkbox"/> Otro Plan
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

SECCIÓN 4: CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:

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. He tenido la oportunidad de hacer preguntas a un profesional del cuidado de salud, las cuales fueron contestadas a mi satisfacción.

Si el Consentimiento es para un Niño:

Además reconozco que tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para el niño mencionado arriba. Mi relación al niño es la siguiente:

Madre Padre Guardián/Tutor Abuela Hermano Adulto Tía Adulta
 Padrastro Madrastra Legal Abuelo Hermana Adulta Tío Adulto

YO DOY MI CONSENTIMIENTO para que la persona mencionada arriba reciba la vacuna contra la influenza 2009 H1N1 de parte del Departamento de Salud del Condado, sus empleados de cuidado de salud con licencia o contratistas de cuidado de salud con licencia.

Imprente Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: mes _____ día _____ año _____

SECCIÓN 5: REGISTRO DE VACUNACIÓN:

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Vaccine	Date Administered	Route	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Signature, Title and Date of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal				