

## Consentimiento para la vacuna novedosa contra la gripe H1N1

A usar únicamente para dar consentimiento para **uno mismo** o para **terceros** (en presencia del adulto que preste consentimiento)

<b>Información sobre la persona que recibe la vacuna (en letra de imprenta, por favor)</b>		
<b>Nombre:</b>	_____	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>
		<i>Inicial del segundo nombre</i>
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Raza</b>
_____	_____	_____
	<i>(M o F)</i>	
<b>Núm. de seguro social:</b>	_____	
<b>Dirección:</b>	_____	_____
	<i>Calle</i>	<i>Ciudad</i>
	_____	_____
	<i>País</i>	<i>Estado</i>
		<i>Código postal</i>
<b>Núm. de teléfono:</b>	_____	<b>Núm. de celular:</b>
		_____

**Si da su consentimiento para usted mismo**

Yo, \_\_\_\_\_, (escriba el nombre en letra de imprenta), doy mi consentimiento para recibir la vacuna novedosa contra la gripe H1N1.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

O

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si da su consentimiento para un tercero, por ejemplo un hijo menor de edad**

Yo, \_\_\_\_\_, (escriba en letra de imprenta el nombre del adulto que da su consentimiento) tengo la siguiente relación con la persona indicada más arriba (marque la relación que tiene con la otra persona o el hijo menor de edad).

- |   |   |   |                                     |
|---|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Orden judicial | <input type="checkbox"/> Tutor 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  |

Tengo la autoridad legal, basándome en mi relación con la persona indicada más arriba, para dar mi consentimiento para la administración de esta vacuna al niño identificado más arriba.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Para uso oficial solamente**

_____	_____	_____
Date of Vaccination	Vaccine Type	Lot Number
_____	_____	_____
Administered By	Title	Route/Site