

VINELAND HEALTH DEPARTMENT
 PO BOX 1508; 610 Montrose St, Suite 1
 VINELAND, NJ 08362-1508; Tel: 856-794-4000

2009 Forma de Consentimiento para la Vacuna Contra el H1N1

Sección 1: Información acerca de la persona recibiendo la vacuna (LETRA DE MOLDE)

NOMBRE (Apellido)	(Nombre)	(Inicial)	FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ (mes / día / año)
DIRECCION POSTAL			SEXO <input type="checkbox"/> VARON <input type="checkbox"/> HEMBRA
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO

Sección 2: Selección para Elegibilidad de Vacuna*

Favor de llenar el cuestionario que se encuentra al dorso de este formulario de consentimiento.

Sección 3: Consentimiento para recibir la Vacuna

He leído o se me ha explicado la Declaración de Información sobre la Vacuna 2009-2010 para la vacuna de influenza H1N1 del 2009 y entiendo los riesgos y beneficios del mismo.

Doy consentimiento al Departamento de Salud de Vineland y personal asociado para que me administre esta vacuna a mí, si el nombre que aparece arriba es un menor, a este individuo como su padre/representante legal. Reconozco y consiento que esta información se añadirá al Sistema de Información de Inmunización de New Jersey y que he recibido una copia de la Notificación de Practicas Privada.

Firma de Vacunante/Padre/Representante Legal _____ Fecha: _____
 Vacunante/Padre/Representante Legal (Letra de Molde) _____
 Testigo de Firma _____

Sección 4: Periodo de Observación

Se le recomienda que permanezca en la clínica de influenza por 15 minutos luego de haber recibido su vacuna de influenza para que el personal de la clínica pueda monitorear cualquier reacción que pueda surgir.

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date 1st Dose Administered	Date 2nd Dose Administered	Route/Site		Staff Signature	Vaccine Manufacturer	Lot Number
			1 st Dose	2 nd Dose			
Intranasal 2009 H1N1			<input type="checkbox"/> intranasal	<input type="checkbox"/> intranasal			
Injectable 2009 H1N1			IM <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg	IM <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg			

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
(mes) (día) (año)

Cuestionario de selección para la vacuna intranasal contra la influenza

Para pacientes adultos y para los padres de niños a los que se van a vacunar: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar la mejor preparación de la vacuna contra la influenza que se le va a proveer a usted o su hijo o si hay algún motivo por el cual no deberíamos aplicarle a usted o su hijo la vacuna contra la influenza H1N1 (porcina). Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	Sí	No	No Sabe
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma el día de hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La persona que se va a vacunar, ¿tiene alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo en el pasado alguna reacción seria a la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La persona que se va a vacunar, ¿tiene menos de 2 años o más de 49 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La persona que se va a vacunar, ¿tiene algún problema de salud a largo plazo de enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad neurálgico o neuromuscular, enfermedad de hígado alguna enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia o alguna otra enfermedad de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La persona que se va a vacunar, ¿es un niño de 2 a 4 años con antecedentes de sibilancias recurrentes o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La persona que se va a vacunar, ¿tiene el sistema inmunológico débil debido al VIH/SIDA o a otra enfermedad que afecta el sistema inmunológico, tratamiento a largo plazo con medicamentos como esteroides, o tratamiento contra el cáncer con radiación o medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La persona que se va a vacunar, ¿recibe terapia con aspirinas o terapia que contenga aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La persona que se va a vacunar, ¿está embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. La persona que se va a vacunar, ¿ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La persona que se va a vacunar, ¿vive, o espera tener contacto cercano, con una persona que tiene el sistema inmunológico gravemente afectado y que tiene que estar en un ambiente protegido (como una habitación de hospital con flujo de aire invertido)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La persona que se va a vacunar, ¿ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulario llenado por: _____ Fecha: _____			
Formulario revisado por: _____ Fecha: _____			

www.immunize.org/catg.d/p4067-01.pdf • Item #P4067-01 Spanish (9/08)

For Administrative Use:

Form reviewed by: _____

Date: _____

 Intranasal Inyectable No vaccine