

**Departamento de Salud del Condado de Polk**  
**Formulario de Consentimiento para la Vacuna de la Gripe H1N1**  
**del 2009**



Favor de proveer la información del/de la niño/a (en letra de imprenta por favor).

NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE (Apellido)		(Nombre)	(In.)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	
				mes _____ día _____ año _____	
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL (Apellido)		(Nombre)	(In.)	EDAD DEL ESTUDIANTE	SEXO DEL ESTUDIANTE
					M / F
DIRECCIÓN			NÚMERO DE TELÉFONO DEL PADRE/TUTOR DURANTE EL DÍA		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
NOMBRE DE LA ESCUELA			ID DEL ESTUDIANTE	GRADO	

**Favor circule su respuesta:**

- ¿Recibió ya el/la niño/a la vacuna o el aerosol nasal contra la gripe H1N1 del 2009? . Sí o No
- ¿Ha recibido su niño/a alguna vacuna durante el pasado mes? . . . . . Sí o No Sí es afirmativo, ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_
- ¿Es su niño/a alérgico/a a los huevos? . . . . . Sí o No
- ¿Tiene usted conocimiento de alguna otra alergia que tenga su niño/a? . . . . . Sí o No Sí es afirmativo, favor de anotar: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido su niño/a alguna reacción a una dosis previa de vacuna contra la gripe? Sí o No Sí es afirmativo, ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene su niño/a algún problema de salud? . . . . . Sí o No Sí es afirmativo, favor de anotar: \_\_\_\_\_  
 (tales como enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad del riñón, enfermedad neurológica o neuro-muscular, enfermedad del hígado, diabetes o anemia u otro desorden de la sangre)
- ¿Está su hija embarazada? . . . . . Sí o No
- ¿Ha leído usted la Declaración de la información de la Vacuna (folleto color azul o crema) para la vacuna de la Gripe H1N1 del 2009 (Gripe Porcina) y entiende los riesgos y beneficios? . . . . . Sí o No
- ¿Desea que su niño/a sea vacunado con el aerosol nasal de la Gripe Porcina (sin aguja)? Si está de acuerdo, firme el formulario abajo y devuélvalo.

Nota: Los niños de 9 años de edad o menores reciben su primera dosis ahora y la segunda dosis después de 30 días.

**Sin Aguja**

**Aerosol Nasal de la Gripe Porcina**  
 Nota: Niñas embarazadas, niño o niña con asma, diabetes o con inmunidad débil  
**NO puede recibir el aerosol nasal.**

Para preguntas/preocupaciones acerca de la vacuna H1N1 llame al (863) 534-7277.

Favor de proveer el mejor número de teléfono en caso de que necesitemos llamarle: \_\_\_\_\_

Yo entiendo la información acerca de la vacuna y doy permiso al personal del Departamento de Salud del Condado de Polk para que mi hijo o hija reciba la vacuna.

Firma del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_  
 (mes) (día) (año)

Imprima su nombre \_\_\_\_\_

\* Note to School: Please verify that this information matches the student's information on file.

**Solo para uso del Departamento de Salud**

Heath Department Use Only	Route	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Date Dose Administered	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1					/ /	