

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




Favor de proveer la información del niño o de la niña (en letra de imprenta por favor).

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

Favor de hacer un círculo alrededor de su respuesta:


- ¿Recibió ya el niño o niña la vacuna o el aerosol nasal contra la gripe H1N1 del 2009? Sí o No
- ¿Ha recibido su niño o niña alguna vacuna en el pasado mes? Sí o No Si es afirmativo, ¿Qué tipo? _____
- ¿Es su niño o niña alérgico a los huevos? Sí o No
- ¿Tiene usted conocimiento de alguna otra alergia que tenga su niño o niña? Sí o No Si es afirmativo, favor de anotar: _____
- ¿Ha tenido su niño o niña alguna reacción a una dosis previa de vacuna de la gripe? Sí o No Si es afirmativo, ¿Qué tipo? _____
- ¿Tiene su niño o niña algún problema de salud? Sí o No Si 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
- ¿Cuál tipo de vacuna le gustaría que recibiera su niño o niña? Marque **uno** de los encasillados para escoger ya sea el aerosol nasal **o** la vacuna.

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.

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



Inyección (Aguja)

Para preguntas o 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: _____

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

Firma del Padre o Tutor Legal _____ Fecha de Hoy: mes _____ día _____ año _____

Nombre del Padre o Tutor legal (en letra de imprenta) _____

Sólo para uso del Departamento de Salud

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

--	--	--	--	--	--	--