

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA GRIPE H1N1 2009
Clínicas Escolares (Inyectable y/o Spray Nasal)

La información recaudada en este formulario será utilizada con el fin de documentar la autorización para que su hijo reciba la vacuna contra la gripe H1N1 en la escuela. El Registro de Vacunación de Wisconsin (WIR) puede compartir el registro de esta vacunación con otros prestadores de salud que están directamente relacionados con la salud de su hijo.

ESCUELA: _____ **Ciudad:** _____

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre de Pila, Inicial del Segundo Nombre)			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Fecha de nacimiento del estudiante Mes Día Año		Edad del estudiante	Grado escolar	Número de teléfono diurno del padre/madre o tutor ()	
Domicilio	Casilla de Correo	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Nombre del padre/madre o tutor					
¿Acepta compartir la información de vacunación H1N1 con el Registro de Vacunación de Wisconsin (WIR)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Sírvase responder las siguientes preguntas (indique con un círculo Sí o No):

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. ¿Su hijo es alérgico a los huevos? | Sí | No |
| 2. ¿Tiene su hijo alguna otra alergia grave? Sírvase enumerar _____ | Sí | No |
| 3. ¿Ha tenido su hijo una reacción grave o respuesta alérgica a las vacunas contra la gripe en el pasado? | Sí | No |
| 4. ¿Alguna vez su hijo ha presentado el síndrome de Guillian Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal) dentro de las 6 semanas de haber recibido la vacuna contra la gripe? | Sí | No |

Hay dos tipos de vacuna contra la gripe H1N1 2009 (Inyectable o Spray Nasal) Las respuestas a las siguientes preguntas ayudarán a determinar cuál de los dos tipos de vacuna puede recibir su hijo.

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 5. ¿Su hijo ha sido vacunado con otra vacuna (incluyendo la H1N1) dentro de las últimas 4 semanas? (por ejemplo: Spray nasal contra la gripe, MMR, varicela, etc).
Enumere la vacuna(s): _____ Fecha recibida: _____ | Sí | No |
| 6. ¿Su hijo presenta algunas de las siguientes enfermedades o afecciones? asma, diabetes, (u otro tipo de enfermedad metabólica) o afección a los pulmones, corazón, riñones, hígado, nervios o sangre | Sí | No |
| 7. ¿Su hijo está bajo un tratamiento de largo plazo con aspirina o que contenga aspirina? (por ejemplo: ¿su hijo toma aspirina todos los días)? | Sí | No |
| 8. ¿Su hijo tiene un sistema inmunológico débil? (por ejemplo: debido a VIH, cáncer o medicaciones como los esteroides). | Sí | No |
| 9. ¿Su hija está embarazada? | Sí | No |
| 10. ¿Su hijo está en contacto directo con una persona que tiene el sistema inmunológico gravemente comprometido y que debe permanecer en aislamiento? (como en una sala de hospital con ventilación antirretorno). | Sí | No |

CONSENTIMIENTO PARA QUE EL ESTUDIANTE RECIBA LA VACUNA:

He leído, o me han explicado, la Declaración de Información de Vacunación para recibir la vacuna contra la gripe H1N1 2009. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas necesarias, las cuales han sido respondidas a mi entera satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos que implican la vacuna y solicito que la misma sea aplicada al estudiante cuyo nombre se menciona arriba, por el cual estoy autorizado a solicitar dicha petición.

Firma **X** _____ Fecha _____

FOR OFFICE USE (SÓLO PARA USO DE LA OFICINA)		VIS date: 10/02/009
2009 H1N1: Route (circle one) = IM or Intranasal (IN)	Body site (circle one) = RD or LD or IN	Dose (circle one): 1 or 2
Manufacturer _____ Lot No. _____		
Signature and title of person administering vaccine: _____		
Date vaccine administered: _____		