

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA GRIPE H1N1 2009**  
 Clínicas Comunitarias (inyectable)

La información recaudada en este formulario será utilizada con el fin de documentar la autorización para recibir la vacuna contra la gripe H1N1 año 2009. 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 la persona que ha recibido la vacuna.

**Información acerca de la persona que recibe la vacuna**

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

**Las preguntas a continuación son sólo para diagnosticar si la persona que se menciona arriba puede recibir la vacuna H1N1 2009. Sírvase encerrar en un círculo la palabra Sí o No.**

- ¿La persona que recibirá la vacuna es alérgica a los huevos? Sí    No
- ¿La persona que recibirá la vacuna es alérgica a otras cosas? **Sírvase enumerar** \_\_\_\_\_ Sí    No
- ¿La persona que recibirá la vacuna alguna vez ha tenido una reacción grave o respuesta alérgica a las vacunas contra la gripe en el pasado? Sí    No
- ¿La persona que recibirá la vacuna alguna vez 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

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR 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 a la persona que se menciona arriba, para lo cual estoy autorizado a solicitar dicha petición.

Firma X \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

<b>FOR OFFICE USE (SÓLO PARA USO DE LA OFICINA)</b>	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: _____	