Forma de Consentimiento para la Vacuna de Influenza Viva Atenuada (rocío intranasal) e Inactivada (inyección) H1N1 2009-10

☐ 2nd DOSE

Categoría de elegibilidad – Marque todo lo que apliqué:
☐24 años de edad o menor ☐Embarazada ☐Contacto con niños menores de 6 meses
☐Proveedor de Salud/EMT ☐Edad entre los 25-64 años con una condición médica (especifique_____)

		/ /		( ) -	☐M ☐F
Apellido	**Nombre**	**Fecha de Nacimiento mes/día/año**	**Edad**	**Teléfono**	

Domicilio	**Ciudad**	**Condado**	**Estado**	**Código**

Raza (Marque una solamente)
☐ Blanco ☐ Americano-Africano ☐ Asiático
☐ Nativo de Hawai/Isleño Pacifico ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska

Grupo étnico (Marque una solamente)
☐ Hispano/Latino
☐ No Hispano/Latino

	Contraindicaciones para las DOS formas de vacunas: Por favor marque **SI** o **NO** para cada pregunta.	**SÍ**	**NO**
1.	La persona que será vacunada tiene alergia a los huevos, gelatina o al antibiótico gentamicina, neomicina o polymyxin B?		
2.	La persona que será vacunada ha tenido en el pasado una reacción seria a la vacuna de la gripe?		
3.	La persona que será vacunada ha tenido el síndrome Guillain-Barré?		
	Contraindicaciones para la vacuna nasal:	**SÍ**	**NO**
4.	La persona que será vacunada es menor de 2 años de edad o mayor de 49 años de edad?		
5.	La persona que será vacunada tiene problemas de salud a largo plazo como enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad del riñón, enfermedad neurológica o neuromuscular, enfermedad del hígado, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia u otro desorden sanguíneo?		
6.	La persona que será vacunada es un niño/a de 2 a 4 años de edad con un historial de silbidos al respirar?		
7.	La persona que será vacunada tiene un sistema inmunológico débil debido al VIH/SIDA u otras enfermedades que afectan el sistema inmunológico, tratamiento de largo plazo con drogas como esteroides, o tratamientos para el cáncer con radiografías o drogas?		
8.	La persona que será vacunada está recibiendo una terapia basada en aspirina?		
9.	La persona que será vacunada está embarazada o planea salir embarazada dentro del siguiente mes?		
10.	La persona que será vacunada vive o espera tener contacto cercano con una persona quien su sistema inmune es severamente comprometido y necesita estar en un ambiente protegido (como un cuarto de hospital con circulación de aire invertida)?		
11.	La persona que será vacunada ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas?		
12.	La persona que será vacunada está tomando algún medicamento recetado para prevenir o tratar la gripe?		
	Precauciones:	**SÍ**	**NO**
13.	La persona que será vacunada está enfermo/a hoy?		

X	
Firma de la persona que recibe la vacuna o padre / tutor legal del menor.	**Fecha**

CLINIC USE ONLY

H1N1 Vaccine	Date	Lot #	Exp.	Route	Site	Dose	Clinic	Administered By	VIS
MedImmune									
Nasal Mist				IN	Nasal	0.2cc	WCHD		10-2-09
Sanofi Pasteur									
Pre-filled 0.25cc (6-35 mos)				IM	LT RT	0.25cc	WCHD		10-2-09
MD Vial 0.25cc (6-35 mos)				IM	LT RT	0.25cc	WCHD		10-2-09
MD Vial or Pre-filled 0.5cc (3yrs-adult)				IM	LT RT LD RD	0.5cc	WCHD		10-2-09
Novartis									
(4yrs-adult)				IM	LT RT LD RD	0.5cc	WCHD		10-2-09
CSL									
MD Vial 0.25cc (6-35 mos)				IM	LT RT	0.25cc	WCHD		10-2-09
MD Vial or Pre-filled 0.5cc (3yrs-adult)				IM	LT RT LD RD	0.5cc	WCHD		10-2-09
GSK (circle)									
(18yrs-adult)				IM	LD RD	0.5cc	WCHD		10-2-09

WebIZ # _____ **Date Entered** _____ **By** _____