

Formulario de Consentimiento para la Vacuna Pediátrica de la Gripe H1N1 2009

Sección 1: Información sobre el niño/a que va a recibir la vacuna (Usar letra de imprenta)

APELLIDO	NOMBRE	(M.I.)	FECHA DE NACIMIENTO		
APELLIDO/PADRES/GUARDIAN LEGAL	NOMBRE	(M.I.)	Mes	Día	Año
DIRECCIÓN			TELÉFONO DE LOS PADRES/GUARDIAN LEGAL		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	S/S del NIÑO		
			EDAD	SEXO	
			M / F		

Sección 2: Chequeo para la Elegibilidad de la Vacuna

Si su hijo/a ya ha sido vacunado/a contra la influenza H1N1 2009, por favor indique cuántas dosis ha recibido y la fecha de las vacunas. Dosis 1 Fecha Recibida: mes ____ día ____ año ____ Forma: (elijá): Intranasal Inyección
 Dosis 2 Fecha Recibida: mes ____ día ____ año ____ Forma: (elijá): Intranasal Inyección

Las preguntas siguientes nos ayudarán a saber si su hijo/a puede ser vacunado contra la influenza H1N1 2009. Favor de seleccionar **SÍ** O **NO** para cada pregunta.

A. Si selecciona “NO” a las 4 siguientes preguntas, su hijo/a podría probablemente ser vacunado contra la influenza. Si selecciona “SÍ” a una o más de las 4 siguientes preguntas, su hijo/a podría ser vacunado/a con la vacuna contra el H1N1 2009 pero solamente por su proveedor de salud privado.

	Sí	No
1. ¿Tiene su hijo/a alguna alergia grave a los huevos?		
2. ¿Tiene su hijo/a algún otro tipo de alergia grave? ¿Cuáles?		
3. ¿Ha tenido su hijo/a alguna reacción grave a la vacuna de la gripe en el pasado?		
4. ¿Ha tenido su hijo/a el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal) en el lapso de 6 semanas después de recibir la vacuna?		

B. Hay dos tipos de vacunas H1N1 2009. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a saber cuál de las dos se le puede dar a su hijo/a.

	Sí	NO
1. ¿Ha recibido su hijo/a alguna vacuna (no sólo la de la gripe) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha recibida: mes ____ día ____ año ____		
2. ¿Tiene su hijo/a alguna de las enfermedades siguientes: asma, diabetes, (u otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedad de los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, los nervios o la sangre?		
3. ¿Está su hijo/a en terapia a largo plazo con aspirina o medicina conteniendo aspirina (por ejemplo, toma su hijo/a aspirina todos los días)?		
4. ¿Tiene su hijo/a un sistema de inmunidad debilitado (por ejemplo, por tener VIH, cáncer o por tomar medicinas como esteroides o para tratar el cáncer)?		
5. ¿Está su niña/adolescente embarazada?		
6. ¿Tiene su hijo/a contacto directo con alguna persona que necesita cuidados en un ambiente protegido, (por ejemplo, alguien que haya tenido un transplante de la médula) ?		

Sección 3: Autorización

Autorización para vacunar a un niño/a: Autorizo que mi hijo/a reciba (Indique por favor): _____ La vacuna H1N1 Intranasal _____ La vacuna Inyectable _____ Cualquiera de las dos

He recibido, leído, y entiendo la Declaración de Información sobre la vacuna H1N1 (VSI, por sus siglas en inglés). He podido hacer preguntas y discutir mis inquietudes con un profesional de la salud. Doy mi autorización al Departamento de Salud del Condado de Collier para que vacunen a mi hijo/a con la vacuna H1N1 en mi ausencia.

Yo, _____, (favor de usar letra de imprenta para escribir el nombre del adulto autorizado), tengo la siguiente relación con el niño/a nombrado/a arriba (favor de indicar la relación con el niño/a).

Orden de la Corte Guardian Legal Padre Madre Tía Mayor de Edad Tío Mayor de Edad
 Hermana Mayor Hermano Mayor Abuelo Abuela Madrastra Padrastro

Tengo la autoridad legal, basada en la relación con el niño/a citado arriba y según el estatus 743.0645, del Estado de la Florida, de autorizar la administración de la vacuna al niño/a nombrado/a arriba.

Nombre (en Letras de Imprenta) _____

Firma del Padre/Guardian Legal _____ Fecha _____

FAVOR DE LLENAR ESTE FORMULARIO SI USTED TIENE MEDICARE, MEDICAID O SEGURO PRIVADO

Nombre de la Compañía de Seguro: _____

Número de Teléfono de la Compañía de Seguro: (____) _____

Dirección de la Compañía de Seguro: _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Número de Identificación del Seguro: _____ **Número del Grupo:** _____

Nombre del Beneficiario: _____

Fecha de Nacimiento del Beneficiario : Mes _____ Día _____ Año _____

Relación con el Beneficiario: _____ Sí Mismo/a _____ Esposo/a _____ Hijo/a _____ Dependiente

Yo certifico que la información proporcionada por mí es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a cualquiera que tenga información médica o de otro tipo sobre mí, revelar dicha información a la Administración del Seguro Social o sus Intermediarios o Proveedores de Seguro, si fuera necesario para este reclamo. Doy permiso que se use una copia de esta autorización en lugar de la original. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan en mi nombre. He asignado los pagos para esos servicios a la organización que los provee, o autorizo a los doctores o dicha organización a que presenten un reclamo de pago a Medicare en mi nombre. Además, he recibido una copia de Aviso de Privacidad (Notice of Private Practices).

Firma _____ **Fecha** _____

Section 4: Vaccination Record
FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Site	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1		IM Intranasal	RDT				
			LDT				
2009 H1N1		IM Intranasal	RDT				
			LDT				

VIS Date – 10/2/09

Date VIS given _____