

Departamento de Salud de la Ciudad de Baltimore
Formulario de Consentimiento para la Vacuna contra la Influenza H1N1

INSTRUCCIONES:

1. Lea las hojas de información adjuntas de la Vacuna contra la Influenza H1N1, VIS, 2009.
2. Si desea que a su hijo(a) se le administre la vacuna contra la influenza H1N1 en la escuela, complete las Secciones A, B, C y D.
3. Firme al reverso y devuelva el formulario completo a la enfermera de la escuela como máximo el 30 de octubre de 2009.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (En letra de imprenta)

Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Edad (años) _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____

SECCIÓN B: INMUNIZACIONES ANTERIORES CONTRA LA INFLUENZA

Si a su hijo(a) se le ha administrado anteriormente la vacuna contra la influenza estacional o H1N1 complete la información que sigue:

A mi hijo(a) se le administró anteriormente una vacuna contra la influenza (coloque un círculo) No ___ Sí ___ Si la respuesta es “sí”, indique: Cantidad de dosis administradas _____

Fecha de la última vacuna contra la influenza _____ Tipo de vacuna:

- Vacuna H1N1 inyectable Vacuna H1N1 en atomizador nasal
 Vacuna estacional inyectable Vacuna estacional en atomizador nasal

SECCIÓN C: ANTECEDENTES DE SALUD DEL ESTUDIANTE (Coloque una “X” en la columna correcta – Sí o No)

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si se le puede administrar a su hijo(a) la vacuna contra la influenza H1N1 con seguridad.

Preguntas sobre antecedentes de salud	Sí	No	Si es “sí”, explique brevemente
¿Tiene su hijo(a) fiebre o está enfermo hoy? (pregunta que hace la enfermera de día en la clínica)			
¿Tiene su hijo(a) alguna afección médica grave que requiera cuidado médico?			
¿Tiene su hijo(a) asma o sibilancias recurrentes ?			
¿Ha tenido su hijo(a) alguna reacción o reacciones anteriores a alguna vacuna ? Indique la vacuna(s)			
¿Tiene su hijo(a) alguna alergia conocida a los huevos, gentamicina, gelatina, argüinina o a cualquier otra vacuna contra la gripe ?			
¿Toma su hijo(a) alguna medicación que contenga aspirina ?			
¿Se le administra a su hijo(a) alguna medicación a través de la nariz, incluyendo esteroides nasales ?			
¿Tiene su hijo(a) un sistema inmunológico extremadamente débil ?			
¿Vive su hijo(a) con alguna otra persona que tenga un problema del sistema inmunológico debido a un transplante de órgano, tratamiento para el cáncer o SIDA ?			
¿ Está su hija embarazada o está planificando quedar embarazada en los próximos 3 meses?			
¿Se le ha administrado a su hijo(a) alguna vacuna en las últimas 4 semanas ?			
¿Ha tenido su hijo(a) antecedentes del Síndrome Guillain-Barre ?			

GRADOS K-5: Se administrará la vacuna viva intranasal contra la influenza H1N1 (Atomizador nasal)

Si respondió **SÍ** a cualquier de las preguntas anteriores, su hijo(a) **NO califica** para que se le administre la vacuna intranasal H1N1 en la escuela, pero sí se le puede administrar la vacuna intramuscular H1N1 (Vacuna inyectable). La enfermera examinará a su hijo(a) para detectar alguna razón que impida que se le administre la vacuna intramuscular (Vacuna inyectable).

GRADOS 6-12: Se administrará la vacuna intramuscular contra la influenza H1N1 (Vacuna inyectable)

La enfermera examinará a su hijo(a) para detectar alguna razón que impida que se le administre la vacuna intramuscular (Vacuna inyectable). Por favor, converse con la enfermera sobre cualquier preocupación o pregunta que tenga.

Departamento de Salud de la Ciudad de Baltimore
Formulario de Consentimiento para la Vacuna contra la Influenza H1N1

SECCIÓN D: CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA

Los niños menores de 10 años de edad, que sean vacunados por primera vez contra la influenza, deben recibir una dosis doble, con por lo menos 4 semanas entre una y otra. A no ser que yo anule este consentimiento por escrito, el presente consentimiento es valido para que se le administre a mi hijo(a) dos dosis de la vacuna, siempre y cuando sea menor de 10 años de edad.

CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN DEL NIÑO:

He leído o se me ha explicado la Declaración de información sobre la vacunación del año 2009-2010 para la vacuna contra la influenza H1N1 del año 2009 y comprendo sus riesgos y beneficios. Todas las preguntas se me han contestado satisfactoriamente.

DOY MI CONSENTIMIENTO al Departamento de Salud de la Ciudad de Baltimore y a su personal para que mi hijo(a), cuyo nombre se especifica al inicio del presente formulario, sea vacunado contra la influenza H1N1. (Si este consentimiento no se firma y no tiene fecha ni se devuelve a la escuela, no se vacunará a su hijo(a) en la escuela).

Firma del padre o tutor legal _____ Fecha: _____

NO DOY MI CONSENTIMIENTO al Departamento de Salud de la Ciudad de Baltimore y a su personal para que mi hijo, cuyo nombre se especifica al inicio del presente formulario, sea vacunado contra la influenza H1N1.

- Mi hijo(a) ha sido vacunado o lo vacunará otro proveedor contra la influenza H1N1.
 Mi hijo no se vacunará contra la influenza H1N1. Razón (es) _____

Firma del padre o tutor legal _____ Fecha: _____

Número telefónico al que se le puede llamar el día de la vacunación, de ser necesario _____

For Nurse's Use Only

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1		<input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Intranasal				
2009 H1N1		<input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Intranasal				

Date _____

Nurse Signature

Departamento de Salud de la Ciudad de Baltimore
Formulario de Consentimiento para la Vacuna contra la Influenza H1N1