



## 2009 H1N1 Registración y Consentimiento de Vacuna de Influenza REGISTRO DE SUMINISTRO DE VACUNA

**Información de la persona que recibirá la vacuna (por favor imprima)**

Apellidos		Primer Nombre			Fecha de nacimiento <small>Mes- Día- Año</small>	Sexo	Edad
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Numero de Teléfono	Apellido de Soltera	

**\*CONTESTE LAS PREGUNTAS EN EL OTRO LADO DE LA PÁGINA →**

Se me ha dado una copia de la hoja de Información de la Vacuna para el H1N1 (vacuna de la gripe porcina), y la he leído o me han leído y explicado la información de esta hoja. Tuve la oportunidad de preguntar y se me respondió satisfactoriamente. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna para la influenza H1N1 y solicito que la vacuna H1N1 me sea suministrada a mi o para la persona por la cual estoy autorizado/a en solicitar. Entiendo que la información de esta vacuna será archivada electrónicamente en un sistema de computadora, y que esta información en el sistema de computadora podría ser usada por doctores, enfermeras, y por otros trabajadores de cuidado de la salud para ayudar a proveer cuidado de salud.

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma de la persona que recibirá la vacuna (o de la persona autorizada a solicitar la vacuna – PADRES O GUARDIAN)

<b>SI SON LOS PADRES O EL GUADIAN IMPRIMA SU NOMBRE COMPLETO</b>	Primer Nombre:	Apellidos:
--	----------------	------------

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del Intérprete

<b>DOSE:</b>	First <input type="checkbox"/>	Second <input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------------	---------------------------------

2009 H1N1 Vaccine	Manufacturer	Lot #/Exp Date	Dose	Route	Site	CDC VIS
<b>Multi-dose vials</b>						
<input type="checkbox"/> Multi-dose vial	Sanofi-Pasteur		<b>0.25 mL</b>	<b>IM</b>	<b>RT</b>	<b>10/02/2009</b>
	Novartis				<b>LD</b>	
	CSL				<b>RD</b>	
			<b>0.5 mL</b>			
<b>Single dose, Preservative Free</b>						
<input type="checkbox"/> Single dose syringe, pediatric dose <i>Priority for children age 6 to 35 mo</i>	Sanofi-Pasteur		<b>0.25 mL</b>	<b>IM</b>	<b>RT</b>	<b>10/02/2009</b>
	Sanofi-Pasteur				<b>LD</b>	
	Novartis				<b>RD</b>	
<input type="checkbox"/> Single dose syringe, adult dose <i>Priority for pregnant women</i>	Novartis		<b>0.5 mL</b>	<b>IM</b>	<b>LD</b>	
	CSL					
<b>Intra Nasal Spray</b>						
<input type="checkbox"/> Single dose intranasal sprayer	MedImmune		<b>0.2 mL</b>	<b>Intranasal</b>		

SIGNATURE OF VACCINE ADMINISTRATOR \_\_\_\_\_ TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR \_\_\_\_\_

PLEASE PRINT NAME \_\_\_\_\_ VACCINATION DATE \_\_\_\_\_

FACILITY \_\_\_\_\_

**La vacuna de la influenza viene en forma de inyección o de un atomizador nasal (spray en la nariz).**

**PARTE A: Si quiere la inyección, por favor conteste las 5 siguientes preguntas.**

**Si su respuesta es “sí” a cualquiera de las preguntas de mas abajo, no podrá recibir ninguna de estas formas de vacunas (inyectable o spray nasal).**

Responda para la persona que recibirá la vacuna:	Sí	No	No se
1) ¿Es la persona menor de 6 meses de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) ¿Tiene la persona una alergia severa a el huevo o un a componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿Ha tenido la persona una reacción seria a la vacuna de la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Ha tenido la persona el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Esta la persona enferma hoy día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTE B: Si desea el atomizador nasal (spray en la nariz), conteste las siguientes 12 preguntas.**

**Si contesta “si” a cualquiera de las preguntas de más abajo, el spray nasal no es una opción buena para usted. PARE y vaya a la PARTE A y conteste a las preguntas para la inyección.**

Responda para la persona que recibirá la vacuna:	Sí	No	No se
1) ¿Es la persona menor de 2 años o mayor de 49 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) ¿Esta la persona embarazada o puede estar embarazada en el mes que viene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿Es la persona menor de 5 años, y un doctor le dijo que tiene asma o ha tenido Silbido (sibilancia) en el pecho en el año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Tiene la persona asma, enfermo/a del corazón, enfermedad a los pulmones, o enfermedad de los riñones, nervios, músculos, corazón, hígado o a la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Tiene la persona el sistema inmune débil (por ejemplo, por VIH/SIDA, o medicina como esteroides, medicina para el cáncer o radiación)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ¿Tiene la persona una alergia severa a el huevo o un a componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ¿Ha tenido la persona una reacción seria a la vacuna de la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ¿Esta el niño/a o adolescente tomando aspirina todos los días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) ¿Ha tenido la persona el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) ¿La persona tiene contacto cercano con alguien que requiere estar en un ambiente protegido (como en un hospital con aire reverso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Ha recibido la persona a vacunarse otras vacunas en las últimas 4 semanas? Por favor note: El spray nasal para la influenza de temporada y el H1N1 no pueden administrarse a la misma vez y deben estar separados por 4 semanas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) ¿Ha recibido la persona medicina antiviral (oseltamavir, zanamavir, Tamiflu, Relenza) en las últimas dos semanas? Si la respuesta es si, necesita esperar 48 horas después que cese la terapia antiviral antes de recibir la vacuna viva de H1N1 Si la medicina antiviral y la vacuna de virus vivo se administran a la misma vez, re-vacunación debe ser considerada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) ¿Esta la persona a vacunarse enferma hoy día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>