

VACUNA contra la GRIPE H1N1 (gripe porcina)
Formulario de consentimiento (v.11/10/09)

(POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA CLARA Y PRESIONE FIRMEAMENTE, SE DEVOLVERÁN LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS)

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Sexo: (Hombre/Mujer) _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Apellido de soltera de la madre: _____
 Dirección actual: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono (casa): _____
 Raza: (marque una) IA/NA- Indio Amer./Nativo de Alaska A-Asiático B- Blanco N-Raza negra O-Otro Grupo étnico: H – Hispano NH – No-Hisp

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Indio Americano/Nativo de Alaska Compañía de seguro privado _____ Medicaid/Salud _____
 No tiene seguro médico Cobertura insuficiente (tiene seguro médico comercial/privado pero su cobertura no incluye vacunas, cubre sólo ciertas vacunas o el seguro tiene un límite de cobertura para las vacunas en una cierta cantidad)

1. ¿Tiene alergia a los huevos? Sí No No sabe
2. ¿Ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (un tipo grave de debilidad muscular temporal)? ... Sí No No sabe
3. ¿Le han puesto la vacuna de la gripe en alguna ocasión anterior? Sí No No sabe
4. ¿Ha tenido una reacción grave a la vacuna de la gripe en el pasado?..... Sí No No sabe
5. ¿Le han puesto otras vacunas en las últimas 4 semanas?..... Sí No No sabe
 Si dijo sí, ¿cuál(es)?: _____ Fecha en que se las pusieron: _____
6. ¿Es alérgico/a al sulfato de gentamicina, gelatina o MSG (glutamato monosódico)?..... Sí No No sabe
7. ¿Tiene asma u otra enfermedad de los pulmones? Sí No No sabe
8. ¿Tiene problemas de salud del corazón de carácter crónico? Sí No No sabe
9. ¿Tiene alguna enfermedad de los riñones o disfunción renal? Sí No No sabe
10. ¿Tiene alguna enfermedad de la sangre (como anemia drepanocítica)? Sí No No sabe
11. ¿Tiene diabetes?..... Sí No No sabe
12. ¿Sigue una terapia de aspirina de largo plazo?..... Sí No No sabe
13. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado debido al VIH/SIDA u otra enfermedad que afecta al sistema inmunológico, o debido a algún tratamiento con medicamentos como esteroides, o tratamiento para el cáncer con rayos X o medicamentos?
 Sí No No sabe
14. ¿Está embarazada o planea quedarse embarazada el próximo mes? Sí No No sabe

Por favor indique cualquier alergia que tenga: _____

Me han dado una copia y me han leído o me han explicado la información de la "Hoja de Información sobre las Vacunas" para la gripe y la vacuna contra la gripe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y considero que me las han contestado de forma satisfactoria. Creo que comprendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la gripe y solicito que me pongan la vacuna contra la gripe. Estoy acuerdo en informar de cualquier problema que surja y dirigir cualquier pregunta que tenga a mi médico/proveedor de salud.

Autorizo a que se les dé la información sobre las vacunas que he recibido a otros proveedores médicos para evitar que haya una vacunación innecesaria y para verificar el historial de vacunación. También comprendo que mi proveedor de cuidado médico puede darle esta información al registro estatal de vacunación (NMSIIS) a menos que firme un documento en el que indique que no lo autorizo.

Firma del cliente _____ Fecha _____

FOR CLINIC USE (This section must be completed by the medical provider)

Vaccine	Date Vaccinated	Site of Injection/admin	Dose #	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Provider Signature
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM _____ <input type="checkbox"/> Intranasal	<input type="checkbox"/> 1st	<input type="checkbox"/> MedImmune (nasal spray) <input type="checkbox"/> SanofiPasteur <input type="checkbox"/> GSK * <input type="checkbox"/> Novartis <input type="checkbox"/> CSL*	Lot # _____	_____
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM _____ <input type="checkbox"/> Intranasal	<input type="checkbox"/> 2nd	<input type="checkbox"/> MedImmune (nasal spray) <input type="checkbox"/> SanofiPasteur <input type="checkbox"/> GSK * <input type="checkbox"/> Novartis <input type="checkbox"/> CSL*	Lot # _____	_____

* For ≥ 18 years and older only

Clinic ID# _____ NMSIIS entry completed