

**Estimados padres:**

**La vacuna contra la gripe H1N1 (gripe porcina) está llegando a Nuevo México. Los médicos recomiendan que todos los niños que tengan edades comprendidas entre los 6 meses hasta los 18 años de edad se vacunen contra la gripe H1N1.**

El Departamento de Salud de Nuevo México está colaborando con la escuela de su hijo(a) para **darles a sus hijos la vacuna contra la gripe H1N1 en la escuela**, así no tendrá que faltar al trabajo para ponerle la vacuna a su hijo(a). Vamos a planificar las clínicas tan pronto como esté disponible la vacuna contra la gripe H1N1. La vacuna contra la gripe H1N1 que se dé en las escuelas será **GRATUITA**.

La vacuna viene en dos formas: un spray nasal y la inyección. Las dos formas ofrecen una buena protección para los niños contra la gripe. Si el spray nasal está disponible, se les ofrecerá a los niños esa vacuna, pero la enfermera comprobará si su hijo(a) puede recibir esta forma en spray basándose en sus respuestas sobre la salud de su hijo(a) que respondió en la hoja de autorización.

Los niños menores de diez años necesitarán una segunda dosis de la vacuna contra la gripe H1N1. Posiblemente habrá una segunda clínica de vacunación más adelante esta temporada para los niños que necesiten una segunda dosis de la vacuna contra la gripe.

Por favor **complete** y **firmé** el formulario adjunto y **regréselo tan pronto como posible**.

Este formulario firmado le permite a su hijo(a) recibir dos dosis de la vacuna contra la gripe H1N1, si le corresponde. Estamos recogiendo información sobre el seguro médico en este formulario. Si su hijo(a) tiene seguro médico, es posible que nos pongamos en contacto con la compañía del seguro para recuperar los costos de administrar la vacuna. Sin embargo, la vacuna se administra sin costo alguno, sin importar si tiene seguro o no.

**¡Juntos podemos conseguir que nuestras escuelas y nuestros hijos estén sanos y sin gripe!**

**Si tiene preguntas sobre la gripe o la vacuna contra la gripe, por favor llame a la línea directa para información sobre la gripe H1N1: 1-877- 304-4161.**



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

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: (Hombre/Mujer) \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_ Núm. ID de la escuela \_\_\_\_\_  
 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**

Medicaid/Salud (Indique):  Presbyterian  Lovelace  Molina  Blue Cross/Blue Shield Póliza # \_\_\_\_\_

Compañía seguro privado \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

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 su hijo/a alergia a los huevos? .....  Sí  No  No sabe
2. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (un tipo grave de debilidad muscular temporal)?  Sí  No  No sabe
3. ¿Le han puesto a su hijo/a la vacuna de la gripe en alguna ocasión anterior? .....  Sí  No  No sabe
4. ¿Ha tenido su hijo/a una reacción grave a la vacuna de la gripe en el pasado?.....  Sí  No  No sabe
5. ¿Le han puesto a su hijo/a otras vacunas en las últimas 4 semanas?.....  Sí  No  No sabe  
 Si dijo sí, ¿cuál(es)?: \_\_\_\_\_ Fecha en que se las pusieron: \_\_\_\_\_
6. ¿Es su hijo/a alérgico/a al sulfato de gentamicina, gelatina o MSG (glutamato monosódico)?.....  Sí  No  No sabe
7. ¿Tiene su hijo/a asma u otra enfermedad de los pulmones? .....  Sí  No  No sabe
8. ¿Tiene su hijo/a problemas de salud del corazón de carácter crónico? .....  Sí  No  No sabe
9. ¿Tiene su hijo/a alguna enfermedad de los riñones o disfunción renal? .....  Sí  No  No sabe
10. ¿Tiene su hijo/a alguna enfermedad de la sangre (como anemia drepanocítica)? .....  Sí  No  No sabe
11. ¿Tiene su hijo/a diabetes?.....  Sí  No  No sabe
12. ¿Sigue su hijo/a una terapia de aspirina de largo plazo?.....  Sí  No  No sabe
13. ¿Tiene su hijo/a el 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 su hija embarazada o planea quedarse embarazada el próximo mes? .....  Sí  No  No sabe  
 Por favor indique cualquier alergia que tenga: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a puede recibir la vacuna contra la gripe H1N1 en cualquier forma que esté disponible y que esté médicamente indicada.

No quiero que mi hijo/a reciba la vacuna contra la gripe H1N1 en la escuela, porque: \_\_\_\_\_

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 H1N1 y la vacuna contra la gripe H1N1. 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 le pongan la vacuna contra la gripe a la persona indicada aquí arriba y para la cual estoy autorizada a realizar tal petición. Si la persona para la cual estoy autorizada a realizar esta petición es menor de 10 años, también solicito que se le ponga una segunda dosis de la vacuna contra la gripe. Estoy acuerdo en informar de cualquier problema que surja y dirigir cualquier pregunta que tenga a la enfermera de la escuela.

Autorizo a que se les dé la información sobre las vacunas que ha recibido la persona arriba indicada 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 padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor legal (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

**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"/> 0.25ml <input type="checkbox"/> 0.5 ml <input type="checkbox"/> Intranasal	<input type="checkbox"/> 1st <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 # _____	_____
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM _____ <input type="checkbox"/> 0.25ml <input type="checkbox"/> 0.5 ml <input type="checkbox"/> Intranasal	<input type="checkbox"/> 1st <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