

Official Use Only: Priority Status

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pregnant women | <input type="checkbox"/> Person 6 months to 24 years old | <input type="checkbox"/> Healthcare workers and EMS personnel |
| <input type="checkbox"/> Household contacts of children under 6 months | <input type="checkbox"/> Adults, 25 years of age or older with serious chronic illness | |

2009 H1N1 Formulario de Consentimiento

Nombre del Individuo:

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
----------	---------------	----------------

Fecha de Nacimiento:

Mes/	Día /	Año
------	-------	-----

Genero: Masculino Femenino

Idioma: Inglés Español Otro: _____

Dirección:

Calle	Ciudad, Estado, Código Postal
-------	-------------------------------

Teléfono de la casa: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Lugar de Nacimiento

Estado/País: _____ Doctor de Cabecera: _____

Declaración de Consentimiento

He recibido la hoja de información sobre vacunas de los CDC 2009-2010 (VIS, por sus siglas en inglés) para la vacuna 2009 H1N1, he leído este documento, y no tengo más preguntas en este momento. Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna en cualquiera de sus formas y reconozco que no han hecho garantías referentes a los buenos resultados de la vacuna. Entiendo que hay efectos secundarios y advertencias sobre las vacunas.

Doy permiso para recibir la vacuna H1N1: **(por favor marque solo una casilla)**

- Inyección H1N1 H1N1 Mist (vacuna nasal)

Firma de quien participa:

_____ Fecha: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas: (Haga un círculo en su respuesta, Si o No)

1 ¿Tiene asma, respiración sibilante recurrente, o sibilancia activa? Si No

2 ¿Alguna vez ha recibido la vacuna H1N1? Si No

3 ¿Alguna vez ha tenido una reacción que ponga en peligro su vida después de ALGUNA vacuna? Si No

4 ¿Tiene alguna alergia, incluyendo alergias a los huevos, proteínas de huevo, gentamicina, gelatina o arginina, o una condición médica especial?
Si contesto Si, por favor explique: _____

5 Durante los últimos 30 días, ¿ha recibido alguna vacuna? Si No
Si contesto Si, por favor escriba el nombre de la vacuna y la fecha _____

6 ¿Ha tenido el síndrome Guillain-Barre? Si No

7 ¿Tiene alguna enfermedad o toma medicamentos para disminuir el sistema inmune o tiene contacto cercano con alguien con sistema inmune débil?
Si contesto Si, por favor explique _____

8 ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud? Si No

- Enfermedad del corazón Enfermedad del riñón Diabetes Recibe aspirina o terapia que contenga aspirina
 Otro _____

9 ¿Está embarazada o lactando? Si No

Raza Blanca Negra Asiática Otra: _____

Hispano: No-Hispano
 Cubano Mejicano Puertorriqueño
 Centroamericano Dominicano Suramericano
 Otro _____

Plan Médico: (esta información es para propósitos estadísticos únicamente y no será usada para cobrarle a ninguna organización)

- Seguro Privado No tiene seguro CHIP Asistencia Médica-ACCESS-Medicaid
 Medicare Otro

Official Use: Provider Name: _____ Provider Initial: _____ Date: _____

Route: Intranasal Intramuscular- RD LD Lot # _____ Exp. Date: _____

Other Info: Child refused Parent/Guardian notified of vaccination

Por favor complete ambos lados de este formulario. Se requiere TODA la información para el PA Dept of Health Statewide Immunization Information System (SIIS) registry