



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA H1N1 2009 PARA NIÑOS,
NIÑAS Y ADOLESCENTES (MENORES DE 18 AÑOS)**

SECTION A: STUDENT INFORMATION

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre):		
Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Escuela:	Grado:	Maestro tutor:

SECTION B: PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Nombre (Apellido, Primer nombre Segundo nombre):		
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código postal:
Teléfono:	Particular:	Laboral: Celular:

SECTION C: SCREENING FOR VACCINE ELIGIBILITY

Si su hijo/a ya recibió la vacuna contra la **influenza H1N1 2009**, infórmenos la cantidad de dosis y las fechas de vacunación.

Dosis 1 Fecha de aplicación mes ___ día ___ año ___ Forma de administración (marque con un círculo): atomizador nasal inyección

Dosis 2 Fecha de aplicación mes ___ día ___ año ___ Forma de administración (marque con un círculo): atomizador nasal inyección

SECTION D: STUDENT HEALTH HISTORY

Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si su hijo/a puede vacunarse contra la influenza H1N1 2009. Marque **Sí** o **No** para responder a cada pregunta. No deje ninguna pregunta sin responder.

Si usted responde "NO" a todas las siguientes preguntas, es probable que su hijo/a reciba la vacuna contra la influenza. Si usted responde "SÍ" a una o más de las siguientes preguntas, es probable que su hijo/a reciba la vacuna H1N1, pero nos contactaremos con usted para analizar las opciones con las que cuenta.

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
1. ¿Alguna vez su hijo/a tuvo una reacción alérgica grave al huevo o al antibiótico gentamicina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez su hijo/a tuvo una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la gripe estacional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez su hijo/a tuvo el síndrome de Guillain-Barré (SGB), (es decir, parálisis) dentro de las 6 semanas después de recibir una vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo/a está tomando algún medicamento recetado para prevenir o tratar la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Su hijo/a tiene alguna otra alergia grave que usted conozca? Por favor, indique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If answer Yes to any question (1-5) ⇒ Medical Screening		
6. ¿Su hijo/a tiene asma, respiración sibilante, dificultades respiratorias o enfermedad pulmonar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Su hijo/a tiene algún problema de salud crónico como enfermedad cardíaca, enfermedad renal, enfermedad metabólica (p. ej., diabetes) o problemas en la sangre (p. ej., anemia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El sistema inmunológico de su hijo/a se encuentra debilitado por el cáncer, un tratamiento contra el cáncer (p. ej., rayos X o drogas), VIH/SIDA, otros problemas o medicamentos (p. ej., esteroides)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Su hijo/a vive o tiene contacto directo con alguna persona que tiene su sistema inmunológico gravemente debilitado y que requiere atención en un entorno protegido (como un familiar internado que recibe quimioterapia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Su hijo/a toma aspirina o hace algún tratamiento que incluye aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Su hijo/a recibió la vacuna MMR (sarampión/paperas/rubéola), contra la varicela o la vacuna intranasal contra la influenza estacional (LAIV) en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Su hijo/a tiene alguna afección muscular o nerviosa (como parálisis cerebral) que pueda provocar problemas para respirar o para tragar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Su hija está embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Su hijo/a tiene menos de 2 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If answer Yes to any question (6-14) ⇒ NO LAIV		

SECTION E: CONSENT FOR CHILD'S VACCINATION

He leído las **Declaraciones de Información sobre Vacunación contra la Influenza H1N1 2009 del CDC** para el atomizador nasal y la inyección contra la influenza H1N1. Comprendo los riesgos y los beneficios, y doy mi consentimiento al Departamento de Salud y al personal autorizado para que apliquen esa vacuna a mi hijo/a (cuyo nombre figura en la parte superior del formulario).

Comprendo que si mi hijo/a tiene menos de 10 años debe recibir dos dosis de la vacuna contra la influenza H1N1. La segunda dosis se aplicará aproximadamente un mes después de la aplicación de la primera dosis. Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba dos dosis de la vacuna H1N1, con un lapso de tiempo de 3 a 4 semanas entre ambas dosis.

Firma del padre/madre o tutor: _____ Fecha: ____/____/____

SECCIÓN F: OFICINA DE PRIVACIDAD Y SEGURIDAD
Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida

Como firmante de la presente autorización, comprendo que doy permiso al Departamento de Salud de Virginia (VDH) para divulgar información médica personal a la(s) persona(s) u organización(es) que se indica(n) a continuación.

- Comprendo que la asistencia con un tratamiento para mi hijo/a no puede estar condicionada por mi firma de la presente Sección de Autorización para la Divulgación.
- Cualquier información médica divulgada nuevamente por ustedes ya no estará protegida por la presente autorización.
- Debe incluirse el original o una copia de la autorización en la historia clínica de mi hijo/a.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en el caso de que se hayan tomado medidas antes de mi pedido de no revelar la historia clínica de mi hijo/a. El pedido debe realizarse por escrito y entrará en vigencia al momento de la entrega al proveedor que se encuentre en poder de la historia clínica de mi hijo/a.
- Autorizo al Departamento de Salud de Virginia a revelar la información médica de mi hijo/a al médico de atención primaria y a la escuela de mi hijo/a.
- Comprendo que este registro se conservará por un lapso de diez años después de la última visita o de cinco años después de los 18 años de edad, lo que suceda más tarde.
- Comprendo que el departamento de salud pública recibirá y conservará este documento y que no será conservado en la escuela.

SECCIÓN G: AVISO DE CONSENTIMIENTO PRESUNTO
(Exigido conforme a §32.1-45.1 del Code of Virginia (1950), según enmienda)

Si el médico o la persona que actúa según sus indicaciones y control se expone en forma directa a la sangre de mi hijo/a de una manera que pueda transmitir una enfermedad, comprendo que la ley exige que mi hijo/a proporcione una muestra de sangre venosa para análisis adicionales. Comprendo que se realizarán análisis para determinar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis y/u otras enfermedades infecciosas y que un médico o profesional de la salud me informará a mí y al profesional afectado sobre los resultados de dichos análisis.

Comprendo que el Departamento de Salud de Virginia no dará a conocer historias clínicas privadas a menos que esté autorizado más arriba o a fin de continuar con la atención.

Escriba su nombre
(padre, madre o tutor)

Firma

Fecha

Provider Signature: _____ Date: _____/_____/_____