

**Formulario de Consentimiento para la Vacuna contra la Gripe H1N1 de 2009 (Escuelas)**

Para que su niño sea elegible para recibir la vacuna contra la gripe H1N1 de 2009, usted debe responder todas las preguntas y firmar este formulario de consentimiento. Dependiendo de sus respuestas y de la disponibilidad de la vacuna, su niño recibirá ya sea la forma inyectable o la de inhalación nasal. Por favor, lea las dos declaraciones informativas suministradas. Si esta es la primera vez que un niño menor de 10 años recibe la vacuna contra la gripe H1N1 de 2009, él o ella recibirá la segunda dosis en la escuela 4 semanas después de la primera dosis. Este consentimiento sirve para las dos dosis en caso que se necesiten.

**Sección 1: Información acerca del Niño que se va a vacunar (Por favor, escriba en letra de imprenta)**

<b>NOMBRE DEL ESUDIANTE</b> (Apellidos)		(Primer Nombre)	(Inicial 2ª)	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> Mes _____ Día _____ Año _____	
<b>NOMBRE DEL PADRE O GUARDIAN LEGAL</b> (Apellidos)		(Primer Nombre)	(Inicial 2ª)	<b>EDAD DEL ESTUDIANTE</b>	<b>SEXO DEL ESTUDIANTE</b> Masculino o Femenino
<b>PARENTESCO AL MENOR</b>		<b>RAZA DEL MENOR</b>		<b>SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>			<b>TELÉFONO DIURNO DEL PADRE O GUARDIÁN LEGAL:</b>		
<b>CIUDAD / CONDADO</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>			
<b>NOMBRE DE LA ESCUELA</b>			<b>GRADO</b>		

**Sección 2: Selección para Elegibilidad de la Vacuna**

Si su niño ya ha recibido la vacuna contra la gripe H1N1 de 2009, por favor díganos las dosis y las fechas de vacunación.

- Dosis 1      Fecha de la dosis: Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_      Vía (por favor, marque): Nasal      Inyección
- Dosis 2      Fecha de la dosis: Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_      Vía (por favor, marque): Nasal      Inyección

Las siguientes preguntas le ayudarán a saber si su niño puede vacunarse con la vacuna contra la gripe H1N1 de 2009. Marque **SÍ** o **NO**. Si responde **NO** a las 4 preguntas siguientes, su niño probablemente podrá vacunarse con la vacuna contra la gripe H1N1 de 2009.

Si responde **SÍ** a una o más de las siguientes preguntas, se determinará si su niño es elegible o no.

Por favor, marque <b>SÍ</b> o <b>NO</b> para cada pregunta.	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
1. ¿Tiene su hijo(a) alergia al huevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene su hijo(a) otro tipo de alergia? Por favor, enumere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido su hijo(a) alguna reacción alérgica grave a la vacuna antigripal o a algún otro tipo de vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido su niño el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa temporal) dentro de 6 semanas de recibir la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. Hay 2 tipos de vacuna contra la gripe H1N1 de 2009. Sus respuestas nos ayudarán a decidir el tipo de vacuna para su hijo a).**

Por favor, marque <b>SÍ</b> o <b>NO</b> para cada pregunta.	<b>YES</b>	<b>NO</b>
1. Ha recibido su hijo(a) cualquier vacuna (no sólo la de la gripe) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha de vacuna: Mes ____ Día ____ Año _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene su hijo cualquiera de las siguientes enfermedades?: asma, diabetes (u otra enfermedad metabólica), o enfermedad de los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, los nervios, o la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Está su niño recibiendo tratamiento prolongado con aspirina o productos que la contengan? (Es decir, ¿toma su niño aspirina todos los días?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene su niño un sistema inmune debilitado? (p. ej. VIH, cáncer, o toma medicinas como esteroides?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Está su hija embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene su hijo contacto con una persona con un sistema inmune severamente debilitado (p.ej. que requiera cuidados en un ambiente protegido como en los trasplantes de médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sección 3: Consentimiento**

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACION DE MI HIJO(A):**

He leído la Declaración Informativa de la Vacuna contra la Gripe H1N1 de 2009 y entiendo los riesgos y beneficios.

DOY CONSENTIMIENTO para que mi hijo(a) reciba la vacuna contra la gripe H1N1 de 2009.

Firma del Padre o Guardián Legal \_\_\_\_\_ Fecha: Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO**

Vacuna	Fecha de Administración	Ruta	Dosis Número (1ª ó 2ª)	Fabricante de la Vacuna	Número de Lote	Nombre y Título del Vacunador
H1N1 de 2009	/ /	<input type="checkbox"/> IM-P <input type="checkbox"/> IM-PF <input type="checkbox"/> Intranasal				
H1N1 de 2009	/ /	<input type="checkbox"/> IM-P <input type="checkbox"/> IM-PF <input type="checkbox"/> Intranasal				