

**IM Only**

**Miami-Dade County Health Department  
2009 H1N1 Influenza Vaccine Consent Form (For Children)**

For your child to be eligible to receive the H1N1 Influenza vaccine, **you must answer all questions and sign this consent form.** Depending on your answers and the availability of the vaccine, your child will receive the injectable flu vaccine. Please read the vaccine information statement we have provided for you. If this is the 1<sup>st</sup> time that a child under 10 years of age receives the H1N1 influenza vaccine, then s/he will receive a 2nd dose of the flu vaccine 4 weeks after the 1<sup>st</sup> dose. This consent form will cover both flu vaccine doses, if needed.

**Section 1: Information about Child to Receive Vaccine (please print)**

CHILD'S NAME (Last)		(First)	(M.I.)	CHILD'S DATE OF BIRTH Month _____ Day _____ Year _____	
PARENT/LEGAL GUARDIAN'S NAME (Last)		(First)	(M.I.)	CHILD'S AGE	CHILD'S GENDER Male or Female
RELATIONSHIP TO CHILD		LIST CHILD'S RACE		SOCIAL SECURITY (OPTIONAL)	
ADDRESS				PARENT/GUARDIAN DAYTIME PHONE NUMBER:	
CITY / COUNTY	STATE	ZIP			

**Section 2: Screening for Vaccine Eligibility**

If your child has already been vaccinated with 2009 H1N1 influenza vaccine, please tell us the doses and dates of vaccination.

- Dose 1      Date received: Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_      Form (please circle):    Nasal spray      Shot
- Dose 2      Date received: Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_      Form (please circle):    Nasal spray      Shot

The following questions will help us to know if your child can get the 2009 H1N1 influenza vaccine.

Please mark YES or NO. If you answer "NO" to all 4 of the following questions, your child can probably get the H1N1 influenza vaccine. If you answer "YES" to 1 or more of the following questions, your child will be screened to determine his/her eligibility.

Please check Yes or No for each question.	YES	NO
1. Does your child have an allergy to eggs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does your child have any other allergies? Please list _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has your child ever had a reaction to a previous dose of flu vaccine or to any other type of vaccine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Section 3: Consent**

<b>CONSENT FOR MY CHILD'S VACCINATION:</b>
I have read the 2009-2010 Vaccine Information Statement for the 2009 H1N1 influenza vaccine and understand the risks and benefits.
I GIVE CONSENT for my child to be vaccinated with the 2009 H1N1 influenza vaccine.
Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date: Month _____ Day _____ Year _____

**FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY**

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM -P <input type="checkbox"/> IM -PF				
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM -P <input type="checkbox"/> IM -PF				

IM solamente

Departamento de Salud de Miami-Dade

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

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 la forma inyectable de la vacuna. Por favor, lea la información que le estamos proveyendo. Si esta es la primera vez que un niño menor de 10 años recibe la vacuna contra la gripe H1N1 de 2009, él(ella) recibirá la segunda dosis 4 semanas después de la primera. 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)**

NOMBRE DEL NIÑO (A) (Apellidos)		(Primer Nombre)	(Inicial 2º)	FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO Mes _____ Día _____ Año _____	
NOMBRE DEL PADRE O GUARDIAN LEGAL (Apellidos)		(Primer Nombre)	(Inicial 2º)	EDAD DEL NIÑO	SEXO Masculino o Femenino
PARENTESCO AL MENOR		RAZA DEL MENOR		SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)	
DIRECCIÓN				TELÉFONO DIURNO DEL PADRE O GUARDIÁN LEGAL:	
CIUDAD / CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			

**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 nos 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 H1 N1 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 SÍ o NO para cada pregunta.	SÍ	NO
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"/>

**Sección 3: Consentimiento**

<b>CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACION DE MI HIJO(A):</b> 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 _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM -P <input type="checkbox"/> IM -PF				
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM -P <input type="checkbox"/> IM -PF				



