

Departamento de Salud de Miami-Dade

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

Para ser 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, usted recibirá la forma inyectable de la vacuna. Por favor, lea las dos declaraciones informativas que le suministramos.

Sección 1: Información Demográfica (Por favor, escriba en letra de imprenta)

NOMBRE (Apellidos)		(Primer Nombre)	(Inicial 2º)	FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Día _____ Año _____	
RAZA		SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)			
DIRECCIÓN			EDAD	SEXO Masculino o Femenino	
CIUDAD / CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO	

Sección 2: Selección para Elegibilidad de la Vacuna

Si usted 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 usted puede vacunarse con la vacuna contra la gripe H1N1 de 2009. Marque **SÍ** o **NO**. Si responde **NO** a las 4 preguntas siguientes, usted 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 usted es elegible o no.

Por favor, marque SÍ o NO para cada pregunta.	SÍ	NO
1. ¿Tiene usted alergia al huevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene usted otro tipo de alergia? Por favor, enumere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido usted alguna reacción alérgica grave a la vacuna antigripal o a algún otro tipo de vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido usted 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

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA CONTRA LA GRIPE H1N1 DE 2009:
He leído la Declaración Informativa de la Vacuna contra la Gripe H1N1 de 2009 y entiendo los riesgos y beneficios.
DOY CONSENTIMIENTO para recibir la vacuna contra la gripe H1N1 de 2009.
Firma _____ Fecha: Mes _____ Día _____ Año _____

SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Vacuna	Fecha de Administración	Ruta	Número de dosis (1ª o 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				
H1N1 de 2009	/ /	<input type="checkbox"/> IM -P <input type="checkbox"/> IM -PF				

