



Hoboken Health Department
 124 Grand Street
 Hoboken, NJ 07030
 Phone: (201) 420-2375
 Fax: (201) 420-7862

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA LA APLICACION DE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA H1N1 2009

Sección 1: Información a cerca de Niño/ Adulto que recibe la vacuna (por favor escribir en letra impresa)

NOMBRE DEL QUE RECIBE LA VACUNA (Apellido)		(Nombre)	(Inicial)	FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE DEL PADRE/ PADRE ADOPTIVO (Apellido)		(Nombre)	(Inicial)	Mes _____	Día _____
DIRECCION				Ano _____	
CIUDAD		ESTADO	CODIGO DE LA ZONA		GENERO
NOMBRE DE ESCUELA/ GUARDERIA				EDAD _____	
				M / F	
				NUMERO DE TELEFONO DURANTE EL DIA: ()	
				Email:	
				GRADO	

Sección 2: Evaluación de Elegibilidad para recibir la Vacuna

Si su hijo ya ha sido vacunado contra la influenza con la vacuna H1N1 2009, por favor déjenos saber el numero de dosis y las fechas en que fue vacunado.

Dosis 1 La fecha Recibió : Mes ____ Día ____ Año _____ Forma (circunde por favor): aerosol nasal inyección

Dosis 2 La fecha Recibió: Mes ____ Día ____ Año _____ Forma (circunde por favor): aerosol nasal inyección

A. Si su respuesta es “NO” a la siguientes cuatro preguntas, probablemente pueda recibir La vacuna. Si su respuesta es “SI” a una o mas de las siguientes cuatro preguntas, talvez usted pueda recibir la vacuna, pero hablaremos a cerca de cuales son sus opciones.

	SI	NO
1. La persona que recibe la vacuna es alergia a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La persona que recibe la vacuna tiene alguna otro tipo de alergia grave? <i>Por favor haga una lista:</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que recibe la vacuna alguna vez a tenido una reacción grave a una dosis de vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La persona que recibe la vacuna alguna vez ha tenido syndrome de Guillain-Barre (un ataque temporal y grave de gran debilidad en los músculos) dentro de las siguientes 6 semanas después de haber recibido la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tiene usted alergia al Latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La persona que recibe la vacuna ha sido vacunado con alguna otra vacuna (excluyendo la de la influenza) dentro de los últimos 30 días? <i>Vacuna:</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) ¿Usted ha recibido un transplante de la médula o recibido la quimioterapia en el plazo de los últimos 60 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3: Consentimiento

CONSENTIMIENTO A RECIBIR LA VACUNA:

Yo he elido o se me ha explicado la información a cerca de la vacunación 2009-2010 con la vacuna contra la influenza H1N1 y entiendo los riesgos y beneficios. Yo acepto responsabilidad de buscar atención médica en el caso de que haya algún problema con la vacuna.

Yo entiendo que si mi hijo es menor de 10 años de edad, es necesario aplicar dos dosis de la vacuna contra la influenza H1N1, cada dosis tiene que aplicarse dentro de 21 a 28 días aparte.

YO ESTOY DE ACUERDO a que **EL DEPARTAMENTO DE HIGIENE DE HOBOKEN** y su personal que administra la vacuna contra la influenza H1N1 2009, administre la vacuna a mi o a mi hijo antes nombrado en la parte superior de esta forma.

Firma del que recibe la vacuna (si es mayor de 18 años)

O

Firma del Padre/ Padre Adoptivo _____

Fecha: Mes _____ Dia _____ Ano _____

Sección 4: Permiso para compartir esta información

Yo entiendo que la información aquí contenida es con el fin de monitorear las necesidades de inmunización para prevenir enfermedades. Esta información es confidencial y solamente sera compartida con organizaciones o con personas que están autorizadas por la ley para recibirla. Esto incluye el Departamento de Salud para Servicios a las Personas de Tercera Edad de Nueva Jersey, el Departamento de Higiene de Hoboken, un proveedor de salud o una organización proveedora de salud que esta administrando servicios de salud a un individuo o un niño, a un niño en la escuela o en la guardería y a cualquier otra persona autorizada bajo la ley para recibirla. *(Si no se entrega esta forma de consentimiento debidamente firmada y con fecha, la persona antes nombrada no sera vacunada.)*

Firma del que recibe la vacuna (si es mayor de 18 años)

O

Firma del Padre/ Padre Adoptivo _____

Fecha: Mes _____ Dia _____ Ano _____

Sección 5: Record de Vacunación

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date Dose Administered	Route/Site	Staff Initial	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number
2009 H1N1	/ /2010	IM <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg			Pre-filled (.25) <input type="checkbox"/> Sanofi - # UT029BA <input type="checkbox"/> Sanofi - # UT030FA Pre-filled (.5) <input type="checkbox"/> Sanofi - # UP034BB <input type="checkbox"/> Sanofi - # UP049CA <input type="checkbox"/> Sanofi - # UP035BA <input type="checkbox"/> Sanofi - # UT040BA	MDV (5mL) <input type="checkbox"/> Novartis - #102125P1 <input type="checkbox"/> Novartis - #102147P1 <input type="checkbox"/> Novartis - #102145P1 Pre-filled (.5) <input type="checkbox"/> Novartis - #1008131P
					Pre-filled (.5) <input type="checkbox"/> CSL - #00349611A <input type="checkbox"/> CSL - #00949611A <input type="checkbox"/> CSL - #L30311	MDV (5mL) <input type="checkbox"/> Sanofi - #UP066AA <input type="checkbox"/> Sanofi - # UP068AA

- Check the vaccine priority group this individual fits into:
- Pregnant woman
 - Person that lives with or cares for an infant younger than 6 months of age
 - Healthcare or emergency medical personnel
 - 6 months – 24 years of age
 - 25 – 64 years of age with chronic health disorders or compromised immune systems