17043

Colorado 2009-2010 INFLUENZA(GRIPE) H1N1

Consentimiento de la Vacuna y Formulario de Evaluación

ADULTO

Por favor escriba con letra mayúscula, como aparece en el ejemplo:

EXAMPLE 123

Por favor pinte los círculos por completo

Correcto: ● *Incorrecto:* ⊗ ✓

Por favor use el lado trasero de esta hoja para notas

Información personal: Provea la información de la manera más completa posible. Toda la información será confidencial.

Nombre | **Apellido** | **Inicial**

Numero de Calle o Caja Postal | **Nombre de la calle** | **Número de apartamento**

Ciudad | **Estado** | **Código postal** | **Condado** | **Sexo** ○ M ○ F

Seguro Medico:

○ Medicaid ○ Medicare ○ Kaiser Permanente ○ Otro Privado ○ No Seguro Medico

Numero de Póliza de Seguro Medico

Teléfono: ___ - ___ - ____

Fecha de nacimiento MES / DIA / ANO

Raza o grupo étnico: (Rellene todos los que aplican)

○ Asiático ○ Nativo de Hawai y otras islas del Pacifico ○ Hispano/Latino ○ Otro

○ Negro, Afroamericano ○ Indioamericano/Nativo de Alaska ○ Blanco

1. ¿ Está usted enfermo?	○ Si	○ NO
2. ¿ Usted tiene una alergia severa a los huevos o algún componente de la vacuna contra la gripe?	○ Si	○ NO
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la gripe?	○ Si	○ NO
4. ¿ Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal)?	○ Si	○ NO
5. ¿Esta embarazada, o hay la posibilidad que se embaracé en las siguientes dos semanas?	○ Si	○ NO
6. ¿Ha recibido alguna vacuna en el último mes?	○ Si	○ NO
7. ¿Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?	○ Si	○ NO

Enfermedad pulmonar crónica (incluyendo el asma), enfermedades del corazón, Diabetes, cerebro, de la medula espinal (espiná dorsal)/ o enfermedad muscular que causa problemas tragando o problemas de pulmón, problemas con el sistema inmune por medicina y/o VIH, enfermedad renal, enfermedad hepática, trastornos de la sangre.

Por favor, identifique en qué grupo de prioridad de H1N1 está (escoja solamente uno):

○ Mujer embarazada
○ Los niños de 6 meses a 24 años
○ Contactos familiares/quien cuide de bebes menores de 6 meses
○ Adultos entre 25 - 64 años con condiciones de riesgo
○ Trabajadores de salud/EMS
○ Ninguna de las anteriores

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:

He leído o se me ha explicado la hoja informativa Lo Que Usted Debe Saber (10/09/2009) para la vacuna contra la influenza 2009 H1N1 y entiendo los riesgos y beneficios de recibir esta vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, que fueron contestadas satisfactoriamente. Yo libero a este proveedor, sus trabajadores y voluntarios de cualquier responsabilidad por cualquier resultado que pueda ocurrir de la administración de esta vacuna.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Parar- No escribir debajo de esta línea

H1N1-2009 VIS	Manufacturer	Dosage	Site	Administered By:
10/02/2009	○ SP ○ GSK ○ NOV ○ MI ○ CLS	○ 0.20 mL ○ 0.50 mL	○ RD ○ RT ○ LD ○ LT ○ Intranasal	Name: Title:

Lot No.

H1N1 PIN:

Provider Name:

Provider Type: ○ Public ○ Private

Date Administered: MM / DD / YYYY

10/22/2009

17043

Formtran

Para personas mayores de 18 años