



VDH VIRGINIA
DEPARTMENT
OF HEALTH
Protecting You and Your Environment

**SOLO para uso del
Departamento de Salud**
CI N°

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA H1N1 2009

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre (apellido y nombre) :

Fecha de nacimiento: / / Edad: Sexo: M F

Escuela: Grado: Maestro principal:

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR

Nombre (apellido y nombre) :

Dirección: Ciudad/Estado: Código postal:

Número de teléfono: Hogar: Trabajo: Teléfono celular:

SECCIÓN C: EVALUACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNACIÓN

Si su hijo ya ha sido vacunado con la **vacuna contra la influenza H1N1 2009**, indique la cantidad de dosis y las fechas de vacunación.

Dosis 1 Fecha de aplicación: mes ____ día ____ año ____ Forma (marque con un círculo): aerosol nasal inyección

Dosis 2 Fecha de aplicación: mes ____ día ____ año ____ Forma (marque con un círculo): aerosol nasal inyección

SECCIÓN D: HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si su hijo puede recibir la vacuna contra la influenza H1N1 2009. Marque **Sí** o **No** a cada pregunta. No deje ninguna pregunta sin responder.

Si usted contesta "NO" a todas las preguntas que siguen, es probable que su hijo pueda recibir la vacuna contra la influenza. Si contesta "SÍ" a una o más de las siguientes preguntas, su hijo podría estar en condiciones de recibir la vacuna contra la H1N1, pero nos comunicaremos con usted para analizar sus opciones.

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
1. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a los huevos o al antibiótico llamado gentamicina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la gripe estacional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Su hijo alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (GBS) (es decir, parálisis) dentro de las seis semanas de haber recibido una vacuna antigripal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo tiene alergias graves que usted conozca? Enumérelas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Su hijo está tomando medicamentos recetados para prevenir o tratar la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Su hijo tiene asma, sibilancia, dificultad para respirar o alguna enfermedad pulmonar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Su hijo tiene problemas de salud de largo plazo, como una enfermedad del corazón, de los riñones, un trastorno del metabolismo (como diabetes), o un trastorno de la sangre (como anemia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Su hijo tiene el sistema inmunológico debilitado a causa del cáncer, de algún tratamiento contra el cáncer (por ejemplo, rayos Y o drogas), VIH/SIDA, o de otros trastornos o medicinas (como los esteroides)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Su hijo vive o tiene contacto cercano con otra persona con un sistema inmunológico gravemente debilitado que requiere atención en un ambiente protegido (como un miembro de la familia hospitalizado que reciba quimioterapia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Su hijo está en tratamiento con aspirina u otro producto que contenga aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Su hijo recibió la vacuna contra la MMR (sarampión/paperas/rubéola), varicela o la vacuna intranasal activa contra la influenza estacional (LAIV) en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Su hijo tiene algún trastorno neuromuscular (como parálisis cerebral) que pueda ocasionarle problemas para respirar o deglutir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Su hija está embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN E: CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN INFANTIL

Leí las **Declaraciones Informativas sobre la Vacunación (VIS, por sus siglas en inglés)** contra la Influenza H1N1 para 2009 de los CDC correspondientes a la vacuna contra la influenza H1N1 y al aerosol nasal. Comprendo los riesgos y beneficios, y presto mi consentimiento al Departamento de Salud y al personal autorizado por éste para que mi hijo (que se nombra al comienzo de este formulario) sea vacunado con esta vacuna.

Comprendo que si mi hijo es menor de 10 años, son necesarias dos dosis de la vacuna contra la influenza H1N1. Cada dosis se administrará con un intervalo aproximado de 1 mes. Presto mi consentimiento para que mi hijo reciba dos dosis de la vacuna contra la H1N1, cada una de ellas con un intervalo aproximado de 3 a 4 semanas.

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Fin

SECCIÓN F: OFICINA DE PRIVACIDAD Y SEGURIDAD
Autorización para la divulgación de información médica protegida

Siendo la persona que firma esta autorización, comprendo que autorizo al Departamento de Salud de Virginia (VDH) a divulgar información médica personal a la(s) persona(s) u organización(es) que se indican a continuación.

- Comprendo que la administración del tratamiento a mi hijo no puede depender de mi firma de esta sección de Autorización de divulgación.
- Cualquier información médica que ustedes vuelvan a divulgar ya no estará protegida por esta autorización.
- Se incluirá el original o una copia de esta autorización en la historia clínica de mi hijo.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en lo que se refiere a actividades que se hayan realizado antes de que yo solicite que no se revele la historia clínica de mi hijo. La solicitud debe ser por escrito y será efectiva cuando se entregue al proveedor en posesión de las historias clínicas de mi hijo.
- Autorizo al VDH a divulgar mi información médica al médico de atención primaria de mi hijo y a la escuela.
- Comprendo que este registro será guardado por diez años a partir de la última visita o por cinco años después de los 18 años de edad, lo último que ocurra.
- Comprendo que este documento será entregado y conservado por el departamento de salud pública y no en la escuela.

SECCIÓN G: NOTIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO IMPLÍCITO
(Exigido por la sección 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), y sus modificaciones)

Si el profesional médico o la persona que actúa bajo la dirección y el control del profesional médico queda expuesto directamente a la sangre de mi hijo de modo tal que pueda transmitirse una enfermedad, comprendo que la ley exige que mi hijo dé una muestra de sangre para exámenes futuros. Comprendo que los exámenes que se realicen son para la detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis u otras enfermedades infecciosas, y que el médico o profesional médico le informará al proveedor expuesto y a mí sobre los resultados de los exámenes.

Comprendo que el Departamento de Salud de Virginia no divulgará las historias clínicas privadas a menos que esté previamente autorizado o sea necesario para continuar con los cuidados.

 Escriba su nombre en letra de imprenta
 (padre o tutor legal)

 Firma

 Fecha

Todos los formularos deben devolverse a la escuela antes del _____ de 2009

HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

Date Dose Administered	Item code	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Vaccine Administration Site	Provider #
	H1N1-Mist				NAS	
	H1N1-PED-PC				RA LA S	
	H1N1-PED-PF				RA LA	
	H1N1-3PLUS-PC				RA LA	
	H1N1-3PLUS-PF				RA LA	

Comments: (Enter reason if vaccine not administered)

Provider Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____