

MUESTRA del formulario de consentimiento para vacunación 2009 contra la gripe H1N1 – Vacuna inyectable o spray nasal

Sección 1: Información sobre el niño que recibirá la vacuna (en letra de imprenta)

NOMBRE DEL ALUMNO (Apellido)		(Primer nombre)	(Inicial 2º nombre)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ALUMNO / /	
NOMBRE DEL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR LEGAL (Apellido)		(Primer nombre)	(Inicial 2º nombre)	EDAD DEL ALUMNO	SEXO DEL ALUMNO M / F
DIRECCIÓN			NÚMERO DE TELÉFONO DE DÍA DEL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR:		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
NOMBRE DE LA ESCUELA			GRADO		

Sección 2: Selección de elegibilidad para vacunación

Si su hijo ya recibió la vacuna 2009 contra la gripe H1N1, díganos la cantidad de dosis que recibió y las fechas de vacunación.

- Dosis 1 Fecha de vacunación: mes ____ día ____ año ____ Forma (enciérre la que corresponda): Spray nasal Inyección
 Dosis 2 Fecha de vacunación: mes ____ día ____ año ____ Forma (enciérre la que corresponda): Spray nasal Inyección

Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si su hijo puede recibir la vacuna 2009 contra la gripe H1N1. Para cada pregunta, marque SÍ o NO.

A. Si responde “SÍ” a una o más de las cuatro preguntas, su hijo no podrá recibir la vacuna 2009 contra la gripe H1N1 en la escuela, a menos que se presente una nota del proveedor de atención médica de su hijo aprobando la vacunación. Si responde “NO” a las siguientes preguntas, su hijo recibirá la vacuna a menos que surja una inquietud posterior a la selección adicional. Si no está seguro de las respuestas a estas preguntas, consulte al proveedor de atención médica de su hijo.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo tiene alergia grave a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo tiene alergia grave a la gentamicina, la neomicina, la poliximina o la gelatina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez su hijo tuvo una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez su hijo tuvo el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal) dentro de las 6 semanas de haber recibido una vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Hay dos clases de vacunas contra la gripe H1N1 para el año 2009. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si su hijo puede recibir la vacuna en forma de spray nasal.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo recibió alguna vacuna (no sólo contra la gripe) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha de vacunación: mes ____ día ____ año ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo tiene alguna de las siguientes enfermedades: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica), enfermedad pulmonar, cardíaca, renal, hepática, nerviosa o sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si su hijo tiene entre 2 y 4 años, ¿en los últimos 12 meses un proveedor de atención médica le dijo que su hijo tenía un silbido en el pecho o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo está recibiendo una terapia a largo plazo de aspirina o que contiene aspirina (por ej., ¿su hijo toma aspirina todos los días?)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Su hijo tiene un sistema inmunitario débil (por ej., debido al VIH, cáncer o medicamentos tales como esteroides o medicamentos que se utilizan en el tratamiento del cáncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Su hija está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Su hijo tiene contacto cercano con alguna persona que necesita atención en un ambiente protegido (por ej., alguien que recientemente ha recibido un trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enumere otras alergias graves: _____

Sección 3: Consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO:	
He leído o me han explicado la información sobre vacunación 2009-2010 contra la gripe H1N1 y entiendo los riesgos y los beneficios.	
DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo, cuyo nombre figura en la primera parte de este formulario, reciba esta vacuna. Los niños menores de 10 años necesitan 2 dosis de la vacuna. (Si este consentimiento no es firmado, fechado y devuelto, mi hijo no será vacunado.) Firma del padre, la madre o el tutor legal _____ Fecha: mes ____ día ____ año ____	NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo, cuyo nombre figura en la primera parte de este formulario, reciba esta vacuna. Firma del padre, la madre o el tutor legal _____ Fecha: mes ____ día ____ año ____

ASEGÚRESE DE LEER Y FIRMAR EL DORSO DE ESTE FORMULARIO

Sección 4: Permiso para compartir información

Yo, _____, doy permiso a la persona y/o la entidad que administró la vacuna 2009
(Escriba su nombre en letra de imprenta)

contra la gripe H1N1 a mi hijo _____ para que comparta las copias del

(Escriba el nombre completo del niño en letra de imprenta)

formulario de consentimiento y el registro de vacunación 2009 contra la gripe H1N1 con la escuela de mi hijo y con su proveedor de atención médica, cuyo nombre aparece abajo, y también con el Departamento de Salud Pública de Massachusetts y con la comisión de salud local de mi comunidad. También doy permiso para que cada una de estas entidades comparta el formulario de consentimiento y el registro de vacunación 2009 contra la gripe H1N1 entre sí.

Proveedor de atención médica de mi hijo:

Escuela de mi hijo:

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

(como mínimo incluya la ciudad)

- Esta información de salud es divulgada a pedido mío y para asegurar que mi hijo sea vacunado correctamente.
- Este permiso expira al final del año escolar 2009-2010.
- Si la persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las normativas federales de privacidad, es posible que la información recibida no esté protegida por las normativas federales de privacidad. Las normativas estatales de privacidad protegen la información recibida por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts y las comisiones de salud locales.
- Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará la capacidad de mi hijo de recibir la vacuna.
- Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se divulgará conforme a este permiso para compartir información.
- Finalmente, entiendo que puedo retirar este permiso por escrito en cualquier momento enviando una notificación escrita a:

(La escuela/institución/persona encargada de los retiros de permisos DEBE escribir el nombre y la dirección)

Sin embargo, si retiro el permiso en una fecha posterior, cualquier formulario de consentimiento y registro de vacunas que ya se haya compartido no estará cubierto por el retiro del permiso.

Nombre del padre, la madre o el tutor en letra de imprenta

Firma del padre, la madre o el tutor

Dirección

Fecha