

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE DOUGLAS
H1N1 INFLUENZA – INFORMACION/FORMA DE AUTORIZACION 2009-2010**

CIRCULE

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Usted/su hijo(a) se siente enfermo hoy? ó tiene fiebre? | Si | No |
| 2. Ha tenido usted/su hijo(a) alguna vez una reacción severa ó fuerte a la vacuna del Flu?
***Explique por favor: _____ | Si | No |
| 3. Ha tenido usted/su hijo(a) alguna vez el síndrome de Gullain-Barre?
(Este síndrome afecta el sistema nervioso central causando una parálisis ascendente.) | Si | No |
| 4. Usted/su hijo(a) tiene alergia a los huevos de gallina? | Si | No |
| 5. Usted/su hijo(a) es alérgico a los antibióticos como Neomicina, Polimixina ó Gentamicina? | Si | No |
| 6. Usted/su hijo(a) tiene debilitado el sistema inmunológico? (por ejemplo, causado por el virus del VIH, Cáncer, medicamentos como los esteroides ó algunos otros medicamentos usados para el tratamiento del Cáncer)? | Si | No |
| 7. Usted/su hijo(a) tiene Asma ú otra enfermedad pulmonar, enfermedades del corazón, riñon, metabolismo (Diabetes), neurológica, muscular (Distrofia muscular), ó algun tipo de desorden sanguíneo? | Si | No |
| 8. Usted/su hijo(a) esta en tratamiento de larga duración con Aspirina? | Si | No |
| 9. Usted/su hijo(a) tiene contacto cercano con alguna persona que necesite estar en un ambiente restringido? (por ejemplo, alguien que recientemente haya tenido un transplante de medula osea) | Si | No |
| 10. Usted/su hija esta embarazada (ó podría estar)? | Si | No |
| 11. A usted/su hijo(a) le han puesto alguna vacuna en los ultimos treinta (30) dias?
***Escriba cuales vacunas: _____ | Si | No |

Yo he leído ó se me ha explicado la información en esta forma/formulario sobre la influenza H1N1 y la vacuna contra la influenza. Yo tuve la oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron contestadas satisfactoriamente y se me entrego información sobre la vacuna. Yo entiendo que la selección de la vacuna dependerá de disponibilidad de la vacuna y del estado de salud de la persona que recibe la vacuna. Yo entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la influenza y solicito que la vacuna se administre a mi ó a mi hijo(a).

X					
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"><u>APELLIDO</u> (Escriba Arriba/Letra Molde)</td> <td style="width: 25%;"><u>Primer Nombre</u></td> <td style="width: 25%;"><u>Inicial</u> (segundo nombre)</td> <td style="width: 25%;"><u>Fecha de Nacimiento</u>(mes/dia/año)</td> <td style="width: 10%;"><u>Edad</u></td> </tr> </table>	<u>APELLIDO</u> (Escriba Arriba/Letra Molde)	<u>Primer Nombre</u>	<u>Inicial</u> (segundo nombre)	<u>Fecha de Nacimiento</u> (mes/dia/año)	<u>Edad</u>
<u>APELLIDO</u> (Escriba Arriba/Letra Molde)	<u>Primer Nombre</u>	<u>Inicial</u> (segundo nombre)	<u>Fecha de Nacimiento</u> (mes/dia/año)	<u>Edad</u>	
X					
<u>Dirección/Casa</u> (Arriba)					
X					
Firma de la persona que recibe la vacuna ó Firma del padre/guardian legal (persona que recibe la vacuna menor de 19 años) <u>FECHA</u>					

6 - 35 months Yes No

Pregnant Yes No

Eligible for FluMist Yes No

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY NURSING PERSONNEL ONLY

Vaccine Manufacturer	Lot #	Exp. Date	Inactive	Live	Dose #	Route	Site
<input type="checkbox"/> SANOFI PASTEUR <input type="checkbox"/> NOVARTIS <input type="checkbox"/> CSL <input type="checkbox"/> GSK <input type="checkbox"/> MEDIMMUNE		/ /	<input type="checkbox"/> 0.5ml	<input type="checkbox"/> 0.2ml	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Intranasal	<input type="checkbox"/> Right Deltoid
			<input type="checkbox"/> 0.25ml		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> Right Thigh
							<input type="checkbox"/> Left Deltoid
							<input type="checkbox"/> Left Thigh

SCREENED BY: _____

ADMINISTERED BY: _____ **DATE:** _____

