

FORMULARIO DE EVALUACIÓN INICIAL Y CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/ENCARGADO LEGAL PARA LA ESCUELA INTERMEDIA/SUPERIOR

Departamento de Salud del Condado de Hillsborough
1105 E. Kennedy Blvd., Tampa, FL 33602

El objetivo de este documento es el autorizar al Departamento de Salud del Condado de Hillsborough para que le administre la siguiente vacuna a la persona aquí mencionada, en una escuela pública del Condado de Hillsborough

Complete solo la información requerida en el área gris (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Raza: _____ Grado: _____ No. de Teléfono: _____ Hombre Mujer

Dirección (Calle): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Si usted no desea que su hijo(a) menor de edad reciba la vacuna contra el H1N1 (Gripe Porcina), no devuelva este formulario de consentimiento.

Mi preferencia para la administración de la vacuna H1N1 (Gripe Porcina) es la siguiente:

- Vacuna desactivada inyectable contra la gripe estacional (influenza) SOLAMENTE
- Vacuna intranasal viva contra la gripe estacional (influenza) SOLAMENTE
- Ya sea la vacuna inyectable contra la gripe estacional (influenza) O la vacuna intranasal viva contra la gripe estacional (influenza)

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

¿Es usted menor de edad? (<i>El padre/madre/encargado debe firmar si usted es menor de 18 años de edad</i>)	SÍ	NO		
¿Es usted alérgico a los huevos, productos con huevos Gentamicina, gelatina, arginine, o Timerosal?	SÍ	NO	¿Está embarazada?	SÍ NO
¿Ha tenido alguna vez una reacción severa a alguna de las vacunas?	SÍ	NO	¿Está recibiendo terapia con aspirina por un período largo?	SÍ NO
¿Tiene algún problema neurológico, tales como Síndrome de Guillain-Barré, Esclerosis múltiple, Parálisis cerebral o convulsiones?	SÍ	NO	¿Tiene asma, o silbido del pecho recurrente o activo?	SÍ NO
¿Tiene catarro, fiebre, u otra enfermedad activa?	SÍ	NO	¿Tiene alguna de estas enfermedades diabetes, enfermedad coronaria, cáncer lupus, VIH/SIDA o problemas sanguíneos?	SÍ NO
			¿Está su niño(a) recibiendo algún medicamento que podría disminuir la resistencia de su cuerpo a contraer infecciones, ej., esteroides o quimioterapia?	SÍ NO

¿Ha recibido su niño(a) alguna vacuna en los últimos treinta días? SI o NO ¿Qué clase?

He leído la Declaración sobre la Información de la Vacuna contra el Nueva Gripe H1N1. Mis preguntas e inquietudes sobre la Nueva Gripe H1N1 han sido contestadas a mi satisfacción por el Departamento de Salud del Condado de Hillsborough. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la gripe H1N1. Solicito que se le dé la vacuna contra la gripe a la persona mencionada anteriormente para cual estoy autorizado(a) para solicitar su administración. Tengo la autoridad legal basada en mi relación con dicha persona para autorizar la administración de la vacuna contra la Nueva Gripe H1N1.

X _____ FECHA: _____
Firma de la persona que está recibiendo la vacuna o la persona autorizada para hacer la solicitud

Yo, _____ FECHA: _____
(Por favor, escriba el nombre de la persona adulta que da la autorización)

Doy mi consentimiento para se le administren las vacunas mencionadas anteriormente a _____
(Nombre del niño(a)/menor)

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HILLSBOROUGH AL (813) 307-8000

Influenza Vaccine MFG: _____ **Lot #:** _____ **Exp date:** _____ **Inj site:** _____ **Route:** _____

Title: _____ **Date:** _____

Signature of representative who administered vaccine