

# Departamento de Salud Pública del Condado de Cook

Consentimiento para nueva vacuna contra la Gripe H1N1

## INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE RECIBIRÁ LA VACUNA (letra de molde)

Place Client Identification Label Here

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo F \_\_\_ M \_\_\_  
APELLIDO NOMBRE Inicial segundo nombre Mes / Día / Año

Dirección \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD CONDADO ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Raza: (marcar una): \_\_\_NEGRA \_\_\_BLANCA \_\_\_ASIÁTICA \_\_\_OTRA \_\_\_SE IGNORA

Origen étnico: (marcar una): \_\_\_MEXICANO \_\_\_PUERTORRIQUEÑO \_\_\_CUBANO \_\_\_OTRO HISPANO \_\_\_NO HISPANO \_\_\_ÁRABE \_\_\_OTRO

PARA CADA PREGUNTA coloque un tilde (✓) en el casillero que mejor describe su respuesta.	Sí	No
1. ¿La persona que recibirá la vacuna se aplicó una vacuna contra la Gripe A (H1N1) en los últimos 28 días?		
2. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene sensibilidad/alergia al látex?		
3. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré?		
4. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene un trastorno del sistema nervioso?		
5. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene una enfermedad con fiebre u otra infección activa?		
6. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene alergia grave a los huevos, como urticaria o dificultad para respirar?		
7. ¿La persona que recibirá la vacuna tuvo alguna reacción grave a la vacuna contra la gripe?		
8. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene sensibilidad/alergia al timerosal?		
9. ¿La persona que recibirá la vacuna vive con o cuida de un bebé de menos de 6 meses de edad?		
10. ¿La persona que recibirá la vacuna padece de una afección médica crónica, tal como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), diabetes, enfermedad del riñón, hígado o cardíaca, etc.?		
11. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene entre 25 y 64 años de edad y padece una enfermedad crónica como asma, EPOC, diabetes, enfermedad renal, hepática, cardíaca, etc.?		
12. ¿La persona que recibirá la vacuna está embarazada?		
13. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene menos de 24 meses (2 años)?		
14. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene 50 años o más?		
15. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene antecedentes de asma o silbido activo?		
16. ¿La persona que recibirá la vacuna recibió alguna de las siguientes vacunas con virus vivo: contra la Gripe A (H1N1), FluMist, MMR (sarampión, paperas, rubéola) o Varicela (chicken pox) en los últimos 28 días?		
17. ¿La persona que recibirá la vacuna padece de una enfermedad muscular o neurológica activa, tal como parálisis cerebral, que puede causar problemas de respiración o deglución?		
18. ¿La persona que recibirá la vacuna recibe alguna terapia que contenga aspirina?		
19. ¿La persona que recibirá la vacuna es alérgica a la gentamicina, gelatina o arginina?		
20. ¿La persona que recibirá la vacuna está en contacto cercano con una persona que tiene un sistema inmunológico debilitado que requiere atención en un ambiente protegido, tal como una unidad de trasplante de médula ósea?		

He leído las Declaraciones informativas sobre la vacuna (VIS, por sus siglas en inglés) tanto para la Vacuna Viva Atenuada contra la Gripe A (H1N1) y la Vacuna Inactivada contra la Gripe A (H1N1) o me han explicado la información acerca de estas vacunas. He tenido la posibilidad de hacer preguntas, las cuales me fueron respondidas satisfactoriamente, y creo entender los beneficios y riesgos de la vacuna contra la Gripe A (H1N1). Entiendo que la persona a cargo de aplicar la vacuna determinará el tipo de vacuna contra la Gripe A (H1N1) que se aplicará según mis respuestas a las preguntas anteriores. Autorizo y solicito que se me aplique la vacuna o que se le aplique a la persona indicada en este formulario respecto de la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud y también autorizo al Departamento de Salud Pública del Condado de Cook (CCDPH) y a la escuela o guardería donde se aplica la vacuna a conservar un registro de esta vacunación y, asimismo, autorizo a estas entidades a entregarle este formulario al CCDPH, para su uso tal y como lo permite la ley correspondiente. Acuso recibo de un Aviso de Prácticas de Privacidad de CCDPH.

Nombre en letra de MOLDE \_\_\_\_\_ Relación con la persona \_\_\_\_\_ Soy esa persona  
 \_\_\_\_\_ vacunada: (marcar una) \_\_\_\_\_ Padre/Tutor  
 \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Firma de la persona que recibirá la vacuna o persona autorizada a solicitarla en su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### PARA USO CLÍNICO EXCLUSIVAMENTE

Comments: \_\_\_\_\_

Date Vaccinated	VIS Date	Manufacturer and Lot #	Site of Administration	Signature of Vaccine Administrator
			<small>IN=Intranasal                      LD=Left deltoid RD=Right deltoid                      LT=Left thigh RT = Right thigh</small>	