

APACHE COUNTY PUBLIC HEALTH SERVICES
CONSENTIMIENTO PARA LA H1N1 INMUNIZACIÓN

Por favor escriba

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha Nacimiento	varón; o hembra
Apartado de correos o dirección que envía		Ciudad	Cod Postal	
Telefono		correo electronico		
Padre/Guardian		Teacher / Grade		

Compruebe el que se aplica:

- No tiene seguro medico;
- Esta inscrito en **KidsCare**, (copia de la tarjeta o llene la parte de abajo);
Programa _____ # _____
- Esta inscrito en **AHCCCS**, (copia de la tarjeta o llene la parte de abajo);
Programa _____ # _____
- Su seguro medico, (copia de la tarjeta por los dos lados o llene la parte de abajo);
Proveedor de aseguranza _____ **ID#** _____ **GRP#** _____
- Es Indio Americano o Nativo de Alaska

I understand that by signing this consent form I am authorizing the Apache County Health Nurse to administer the H1N1 Influenza vaccine to my child.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Por favor llene la parte de atrás

No escriba abajo de esta linea.

Unicamente para el departamento de salud.						
Date	INFLUENZA	TIV FluMist	Manf.	Lot #	Route LD RD Nasal	Vaccine Administrator

Cuestionario de selección

Para los padres/los guardas: Las preguntas siguientes nos ayudarán a determinarnos qué vacunas puede ser dado su niño hoy. Si usted contesta sí a cualquier pregunta, no significa necesariamente que su niño no debe ser vacunado. Las preguntas adicionales de los medios justos debe ser pedido.

	Si	No	No Sabe
1. ¿La persona tiene alergias a los medicamentos, al alimento, o a vacuna? enumera por favor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿La persona ha tenido una reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿La persona que van a vacunar tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardíaca, enfermedad de la pulmón, asma, enfermedad del riñón, la enfermedad metabólica (e.g., diabetes), la anemia, u otros desórdenes de la sangre? Sí, encierre por favor el que se aplica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿La persona que van a vacunar tiene un sistema inmune debilitado debido a HIV/AIDS u otra enfermedad que afecte el sistema inmune, el tratamiento a largo plazo con las drogas tales como esteroides, o el tratamiento del cáncer con las radiografías o las drogas? Sí, encierre por favor el que se aplica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿La persona que se vacunará esta recibiendo terapia de la aspirina o aspirina-conteniendo terapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿La persona que se vacunará tiene riesgo de quedar embarazada en el próximo mes? ¿Cuándo fue el primer día de su último periodo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿La persona que se vacunará ha tenido siempre síndrome de Guillain-Barré??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿La persona que se va a vacunar espera tener contacto cercano con una persona que tiene sistema inmune se comprometa seriamente y que deba estar en un ambiente protector (tal como adentro un cuarto del hospital con flujo de aire reverso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿La persona que se vacunará ha recibió una transfusión de la sangre o de los productos de la sangre, o se ha dado una medicina llamó la globulina (gamma) inmune en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿La persona que se vacunará ha recibido vacunaciones en las últimas 4 semanas? enumera por favor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario llenado por: _____ Fecha: _____

Reviewed by: _____ Date: _____