

Formato de Consentimiento para la Vacuna de Influenza 2009 H1N1

Bloomington Public Health, 1900 W. Old Shakopee Road, Bloomington, MN 55431

Información sobre la persona a recibir la vacuna (escriba con letra de imprenta)

| | | | | | |
|---|--|---|--|-------------------------------------|--------------------|
| APELLIDO | (Nombre) | (Inicial) | FECHA DE NACIMIENTO Mes ____ Día ____ Año ____ | EDAD | SEXO M F |
| DIRECCIÓN | CIUDAD | ESTADO | ZONA | # DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA | |
| Medicare # | Compañía de seguro | | Identificación# | Grupo # | |
| Nombre poseedor de póliza de seguros | Fecha de nacimiento poseedor de póliza de seguros | Relación con la persona vacunada | APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE | | |

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Las siguientes preguntas le ayudarán a saber si usted puede recibir la vacuna de la influenza 2009 H1N1. Marque SI o NO por cada pregunta. | SI | NO |
| 1. Está enfermo hoy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tiene alergia severa a los huevos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tiene otras alérgicas severas ? Por favor haga una lista: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Alguna vez ha tenido una fuerte reacción a la vacuna de la influenza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Alguna vez ha sufrido el síndrome de Gullian-Barré? (el síndrome de Gullian-Barré es un tipo de debilidad muscular severa temporal) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a saber qué tipo de vacuna puede recibir (inyección o rocío intranasal). | SI | NO |
| 1. Ha sido vacunado en los últimos 30 días? (no sólo de la vacuna de la influenza) Vacuna: _____ Fecha: Mes ____ Día ____ Año ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tiene usted algunas de las siguientes enfermedades: asma, diabetes, (u otro tipo de enfermedades metabólicas), o enfermedades de los pulmones, corazón, riñones, hígado, nervioso o de la sangre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Está usted tomando aspirina a término largo o en terapia que contenga aspirina? (Por ejemplo: toma usted aspirina todos los días?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tiene usted un sistema inmune débil? (Por ejemplo: el VIH, cancer o toma medicinas como esteroides o las utilizadas para tratar el cancer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Está embarazada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Tiene contacto cercano con una persona que está hospitalizada o está en un ambiente protegido? (Por ejemplo: alguien que haya tenido un trasplante de médula) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Esta o ha estado tomando medicina antiviral dentro de las últimas 48 horas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. La persona a ser vacunada es menor de 2 años o mayor de 50 años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| |
|---|
| Consentimiento para la vacunación: |
| DOY CONSENTIMIENTO a recibir la vacuna 2009 H1N1. He recibido la Declaración con Información sobre la Vacuna 2009 H1N1 y entiendo los riesgos y beneficios. Entiendo que la información que se mantiene en este record está siendo mantenida para monitorear las inmunizaciones necesarias para prevenir la enfermedad. Esta información es confidencial y sólo se compartirá con organizaciones o personas que estén autorizadas por la Ley para recibirla. Esto incluye el Departamento de Salud de Minnesota, proveedores de cuidado de salud, organizaciones de cuidado médico que proporcionan servicios a favor de su hijo, la escuela de su hijo, guardería o alguien más autorizado por la Ley para recibirla. Esta información será incluida en el Registro de Conexión de Información de Inmunizaciones de Minnesota, una página segura del internet del sistema de registro para proveedores del cuidado de salud. Si usted prefiere que no se comparta la información de su hijo con el registro mencionado, favor de llamar al 1-800-657-3970. |
| Firma del padre de familia/ o persona recibiendo la vacuna: |
| Escriba su nombre completo con letra de imprenta: _____ Fecha: _____ (Usted no sera vacunado si este formulario de consentimiento no está firmado fechado y regresado) |

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

| Vaccine | Date Administered/ VIS Given | Route | Dose | Injection Site | Vaccine Manufacturer | Lot Number | Expiration Date |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|--|----------------|--|------------|-----------------|
| 2009 H1N1 Monovalent Influenza Vaccine | | <input type="checkbox"/> IM | <input type="checkbox"/> 0.25 ml <input type="checkbox"/> 0.5 ml | RA LA RT LT | Sanofi Pasteur | UP016AA | 3/30/2011 |
| | | | | | Sanofi Pasteur | UP019AA | 04/02/2011 |
| | | | | | Sanofi Pasteur | UP026AA | 04/19/2011 |
| | | | | | Novartis | 102045P1 | 3/31/2010 |
| | | <input type="checkbox"/> Intranasal | <input type="checkbox"/> 0.2 ml | Intranasal | Novartis | 101326 2P | 02/2010 |
| | | | | | MedImmune | 500756P | 1/25/2010 |
| | | | | | MedImmune | 500797P | 2/19/2010 |
| | | | | | Name and Title of Vaccine Administrator | | |

CIUDAD DE BLOOMINGTON
ACUSE DE RECIBO DEL AVISO ACERCA DE LA PRIVACIDAD

Efectivo a partir del 14 del abril del 2003

Este Aviso de las Normas de Privacidad le explica cómo podría la Ciudad de Bloomington usa o divulgar información acerca de usted. No se describen todas las situaciones. La Ciudad de Bloomington está obligada a proporcionarle con un aviso acerca de nuestras normas de privacidad con relación a la información que obtenemos y guardamos acerca de usted.

Yo, _____ (nombre del cliente), he recibido una copia del Aviso de las Normas de Privacidad en la Ciudad de Bloomington, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de cómo se usará la información mía.

Firma del cliente o su representante

Fecha

Si firma un representante, anote su parentesco con el cliente _____.

Su puede hacer disponible este documento en formatos alternativos, los cuales cumplen con las normas según el Acto para Americanos con Incapacidades (ADA). Comuníquese con la Ciudad de Bloomington al teléfono (952) 563-8900, TTY (952) 563-8900 o por fax (952) 563-8997.

Para el uso de esta oficina solamente

Realizamos los intentos siguientes para obtener el acuse de recibo del Aviso de las Normas de Privacidad:

Sin embargo, no se pudo obtener el acuse porque:

- el individuo rehusó firmarlo.
 - la barrera de comunicación prohibió la obtención del acuse.
 - una situación de urgencia previno que obtuviéramos el acuse.
 - otro (especifique, por favor): _____
-