

**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?<br>***Explique por favor: _____  | Si | No |
| 3. Ha tenido usted/su hijo(a) alguna vez el síndrome de Gullain-Barre?<br>(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 últimos treinta (30) días?<br>***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				
<b>APELLIDO</b> (Escriba Arriba/Letra Molde)	<b>Primer Nombre</b>	<b>Inicial</b> (segundo nombre)	<b>Fecha de Nacimiento</b> (mes/día/año)	<b>Edad</b>
X				
<b>Dirección/Casa</b> (Arriba)				
X				
<b>Firma de la persona que recibe la vacuna ó Firma del padre/guardian legal</b> (persona que recibe la vacuna menor de 19 años)				<b>FECHA</b>

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"/> Right Deltoid
			<input type="checkbox"/> 0.25ml		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Intranasal	<input type="checkbox"/> Right Thigh <input type="checkbox"/> Left Deltoid <input type="checkbox"/> Left Thigh

SCREENED BY: \_\_\_\_\_

ADMINISTERED BY: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

