

**El DEPARTAMENTO de la SALUD del CONDADO de KNOX-programa de escuela H1N1
Forma de Consentimiento para Que el estudiante pueda recibir La Vacuna viva atenuada y para el registro de la enfermera**

****SI NO DESEA QUE SU HIJO SEA VACUNADO PARA H1N1, NO DEVUELVA ESTA FORMA.** ***

Nombre de la escuela: _____ Nombre de la Maestra: _____ Grado: ____ Fecha de Nacimiento: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Contacto de Emergencia : _____ Sexo : (M / F)

Idioma Materno: _____ Hispano: (Si / No) Médico del Niño/a: _____

Raza: ____Blanco ____ Negro ____ Asiático ____ Indio Americano ____ Nativo de Alaska ____ Otro: _____

Apellido de la Madre : _____ Primer Nombre de la Madre: _____

Apellido del Padre : _____ Primer Nombre del Padre: _____

Si es Menor de 18 Años de Edad, Nombre del Guardian: _____ Primer Nombre _____ Relación _____

Si desea la vacunación del H1N1 que se le de a su niño(a), por favor MARQUE SI o NO a todas las preguntas por debajo para el ESTUDIANTE y firme en la parte inferior del formulario. La enfermera dando la vacuna revisará la información el día de la vacunación.		SI	NO
1. ¿ Su hijo a recibió una vacuna para la gripe estacional "FLU" este año?			
1A. ¿En caso afirmativo, cuándo recibió la vacuna contra la gripe? Fecha de recepción / / 2009			
1B. ¿Si, si reciben el Rocio Nasal o la inyección para la gripet? Por favor circule la respuesta. Rocio Nasal o inyección			
2. ¿ Alguna vez ha tenido su hijo(a) alguna reacción a alguna inyección? De ser sí, por favor describala:			
3. ¿Su niño(a) es alérgico a componentes de las vacunas; de Huevos, Sulfato de Gentamicin, MSG? De ser sí, por favor describala: (enrojecimiento, inflamación, etc.)			
4. ¿Ha recibido su niño/a una vacuna dentro de los últimos 30 días? Nombre de Vacuna (Vacunas). Fecha :			
5. ¿Tiene su niño/a asma?			
6. ¿Tiene su niño/a el enfermedades crónicas cardíacas?			
7. ¿Tiene su niño/a el diabetes o otras enfermedades/desórdenes metabólicos?			
8. ¿Tiene su niño/a el enfermedades renales?			
9. ¿Tiene su niño/a el enfermedades de sangre?			
10. ¿Tiene su niño/a contacto con alguien quién ha tenido un trasplante de médula en los últimos 6 meses?			
11. ¿Ha tenido su niño/a síndrome de Guillain-Barre'?			
12. ¿Está su niño/a en largo plazo de terapia de aspirina?			
13. ¿Tiene su niño/a una enfermedad tal como cáncer, lupus, VIH/SIDA, o toma el/ella una medicina que baje la resistencia del cuerpo a la infección?			
14. ¿Está su niña embarazada o amamantando?			
Alérgicas/ Aviso médico:			
Notas Adicionales: (use atrás del papel si necesita):			

Requerido para la Administración de la Vacuna de Influenza para el Recipiente Nombrado Arriba: Estoy segura que la persona que reciba esta vacuna no está embarazada y no estará embarazada en las cuatro semanas siguientes después de haber recibido la vacuna. He leído acerca de la vacuna y las precauciones a tomar en la Hoja de Información de la Vacuna. He tenido la oportunidad de preguntar acerca de los riesgos y beneficios de la vacuna. Requero y consiento voluntariamente que la vacuna sea dada a la persona arriba mencionada, de la cual soy el padre/ madre/ guardián y entiendo que no hay garantía en el éxito de la vacuna. Por lo tanto relevo al Gobierno del Condado de Knox, sus afiliados, empleados, directores y oficiales de cualquier responsabilidad que surja de cualquier accidente, acto de omisión, o comisión que surja durante la vacunación.

Esta Forma de Consentimiento es válida para la administración de vacunas para la influenza por (6) meses. Puede ser utilizada para administrar una segunda dosis de vacuna, si es necesario. Entiendo que debo de reportar algún cambio en cualquiera de la información antes mencionada antes de la vacunación.

Firma de Padre/ Madre / Guardián

Fecha