

# Autorización Escolar para la Vacuna Inyectable para la Influenza H1N1 del 2009

## Sección 1: Información acerca del niño que recibirá la vacuna (USE LETRA IMPRENTA CLARA)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)		(Primer nombre)	(Inicial del segundo)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE mes _____ día _____ año _____	
NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE LEGAL (Apellido)		(Primer nombre)	(Inicial del segundo)	EDAD DEL ESTUDIANTE	GÉNERO DEL ESTUDIANTE H/M
DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE				RAZA DEL ESTUDIANTE (marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Indígena americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano / isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra (especifique)	
CIUDAD		CONDADO			
ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NOMBRE DE LA ESCUELA	GRADO		
NÚMERO TELEFÓNICO DIURNO DEL PADRE O ACUDIENTE:				ETNIA DEL ESTUDIANTE Hispano o latino: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

## Sección 2: Prueba para verificar que puede recibir la vacuna

Si su hijo ya fue vacunado con la **vacuna para la influenza H1N1 de 2009** (NO CON LA VACUNA PARA LA INFLUENZA ESTACIONAL), indíquenos el número de dosis y las fechas de vacunación.

Dosis 1 Fecha en que la recibió: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ Vía (encierre en un círculo): aerosol nasal inyección  
 Dosis 2 Fecha en que la recibió: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ Vía (encierre en un círculo): aerosol nasal inyección

Las siguientes preguntas nos permitirán saber si su hijo puede recibir la vacuna para la influenza H1N1 de 2009. Marque SÍ o No para cada pregunta.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo es alérgico a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo tiene cualquier otra alergia? Indique cuáles:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción a una dosis anterior de vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (una forma de debilidad muscular grave temporal) en las 6 semanas siguientes a haber recibido una vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió "NO" a todas las preguntas anteriores, probablemente su hijo puede recibir la vacuna para la influenza H1N1 de 2009. Si respondió "SÍ" a una o más de las preguntas, debe ponerse en contacto con el proveedor de atención médica de su hijo o con el departamento de salud local para discutir sus opciones de vacunación.

Si tiene cualquier pregunta acerca de la vacuna para la influenza H1N1 de 2009, llame al proveedor de atención médica de su médico o a su departamento de salud local. También hay información disponible en el Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland en [www.dhmm.state.md.us/swineflu/](http://www.dhmm.state.md.us/swineflu/) o en [www.flu.gov](http://www.flu.gov).

Toda la información que suministró se mantendrá confidencial. Si desea una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad, se encuentra disponible en [www.hhs.gov/ocr/hipaa](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa).

## Sección 3: Autorización

<b>AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN DEL NIÑO:</b> Al firmar este formulario, <b>autorizo que mi hijo sea vacunado</b> y acepto que: <ul style="list-style-type: none"> <li>La información anterior es correcta.</li> <li>He leído la "Declaración de Información de la Vacuna para la Influenza H1N1 de 2009" o alguien me la leyó.</li> <li>Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna para la H1N1.</li> <li>Me han respondido cualquier pregunta que tuviese acerca de la vacuna.</li> <li>Me han ofrecido una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad.</li> </ul>	
Firma del padre o acudiente legal _____	Fecha: mes _____ día _____ año _____

## Sección 4: Registro de vacunación

ÚNICAMENTE PARA USO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO

Vaccine	Date Dose Administered	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator Location of Vaccination Clinic	Provider Number
2009 H1N1 Injectable (IM)	/ /		<input type="checkbox"/> CSL <input type="checkbox"/> GSK <input type="checkbox"/> Novartis <input type="checkbox"/> Sanofi			