

# Autorización Escolar para la Vacuna Intranasal 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	ETNIA DEL ESTUDIANTE Hispano o latino: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
NÚMERO TELEFÓNICO DIURNO DEL PADRE O ACUDIENTE:					

## 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 (enciérre en un círculo): aerosol nasal inyección  
 Dosis 2 Fecha en que la recibió: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ Vía (enciérre 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"/>
5. ¿Su hijo tiene cualquiera de las siguientes: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedad pulmonar, cardíaca, renal, hepática, de los nervios (neurológica o neuromuscular), o sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Su hijo está en un tratamiento a largo plazo con aspirina o que contenga aspirina (por ejemplo, su hijo consume aspirina todos los días)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Su hijo tiene un sistema inmunitario débil (por ejemplo, debido a VIH, cáncer, o a medicamentos como esteroides o los que se emplean para tratar el cáncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Su hija está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Su hijo tiene contacto cercano con alguien que necesite atención en un ambiente protegido (por ejemplo, alguien que recientemente haya recibido un trasplante de médula ósea)?	<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 respondió "NO" a todas las preguntas anteriores, responda la siguiente pregunta.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo ha recibido cualquier otra vacuna (no sólo la de gripe) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha de administración: mes _____ día _____ año _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.dhmmh.state.md.us/swineflu/](http://www.dhmmh.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, autorizo que mi hijo sea vacunado 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 Intranasal	/ /		MedImmune			

