

H1N1 2009 CONSENTIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

He recibido la hoja de información sobre la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido contestadas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y pido que la vacuna sea dada a mí o a la persona nombrada a continuación para lo cual estoy autorizado. Entiendo que los empleados del departamento de salud de DeKalb County necesitan obtener una muestra de sangre de la persona quien esta recibiendo la vacuna en el evento que una exposición de sangre o un líquido del cuerpo ocurre a la persona que esta administrando la vacuna. También recibí o me ofrecieron una copia de la declaración de prácticas de privacidad del departamento de salud fechado 14 de abril, 2003.

POR FAVOR COMPLETA ESTA SECCIÓN CON LOS DATOS DE LA PERSONA QUIEN ESTA A PUNTO DE RECIBIR LA VACUNA				
POR FAVOR <u>ESCRIBE CON LETRA DE IMPRENTA</u> EL NOMBRE LEGAL			FECHA DE NACIMIENTO <u>MES / DIA / AÑO</u>	EDAD
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE		
NUMERO DEL TELEFONO			SEXO <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	PAÍS
ELIJA TODO LO QUE APLICA PARA LA PERSONA QUE RECIBIRA LA VACUNA			IDENTIFICA EL GRUPO DE EDAD DE LA PERSONA QUE RECIBIRA LA VACUNA	
<input type="checkbox"/> EMBARAZADA			<input type="checkbox"/> 24 MESES HASTA 59 MESES	
<input type="checkbox"/> VIVE CON O CUIDA DE UN NIÑO MENOR 6 MESES			<input type="checkbox"/> 5 AÑOS HASTA 18 AÑOS	
<input type="checkbox"/> PERSONA DE 6 MESES HASTA 24 AÑOS DE EDAD			<input type="checkbox"/> 19 AÑOS HASTA 24 AÑOS	
<input type="checkbox"/> PERSONA DE 25 HASTA 64 CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA			<input type="checkbox"/> 25 HASTA 49 AÑOS	
<input type="checkbox"/> PROFESIONAL MEDICO/PERSONAL DE SERVICIO DE EMERGENCIA			<input type="checkbox"/> 50 HASTA 64 AÑOS	
<input type="checkbox"/> OTRA			<input type="checkbox"/> 65 AÑOS O MAS	
FIRMA DE LA PERSONA A RECIBIR LA VACUNA O DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA HACER ESTA PETICIÓN (PADRE O TUTOR):				
FIRMA:			FECHA:	

SOLAMENTE PARA USO DE LA CLÍNICA/OFICINA

CLINIC/OFFICE ADDRESS: DeKalb County Health Department, 2550 N. Annie Glidden Road, DeKalb, Illinois 60115

VACCINE MANUFACTURER: _____

VACCINE LOT NUMBER: _____

SITE OF INJECTION: _____ **L** OR **R** ARM IM **L** OR **R** LEG IM NASAL SPRAY

SIGNATURE OF VACCINE ADMINISTRATOR: _____

DATE VACCINE DOSE #1 ADMINISTERED: _____

DATE VACCINE DOSE #2 ADMINISTERED: _____