



CLINIC SITE: _____ CLERK INITIALS: _____

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE POLK
INFORMACION DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO DE VACUNACION PARA H1N1**

NOMBRE: APELLIDO: _____ **PRIMER NOMBRE:** _____ **INICIAL:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ **EDAD:** _____ **MUJER** **HOMBRE**

DIRECCION: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** ____ **CODIGO POSTAL:** _____

NUMERO DE TELEFONO: (____) _____ **CONDADO:** _____

1. ¿Tiene alergia a huevos o thimerosal (un mercurio- que contiene preservativos usados en las vacunas)?..... **SI** **NO**
2. ¿Ha tenido una reacción alérgica u otro problema después de las vacunas como?
(Falta de aliento, ronchas, dificultad para respirando, etc.).....**SI** **NO**
3. ¿Ha estado paralizado por causa del Síndrome Guillain-Barre?.....**SI** **NO**
4. ¿Se siente bien hoy?.....**SI** **NO**
5. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo de enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, alguna enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia o otra enfermedad de la sangre?.....**SI** **NO**
6. ¿Tiene el sistema inmunológico débil debido al VIH/SIDA, tratamiento a largo plazo con medicamentos como esteroides, o tratamiento contra el cáncer con rayos X o medicamentos ?.....**SI** **NO**
7. ¿Vive, o espera tener contacto cercano, con una persona que tiene el sistema inmunológico gravemente afectado y que tiene estar un ambiente protegido?..... **SI** **NO**
8. ¿Recibe terapia con aspirinas o terapia que contenga aspirina?..... **SI** **NO**
9. ¿Ha recibido alguna otra vacuna o esparay nasal de la influenza en las ultimas 4 semanas?..... **SI** **NO**
10. ¿Esta embarazada o es posible podría embarazada en el próximo mes?..... **SI** **NO**

Por favor, marque uno de los siguientes grupos prioritarios a los que pertenece:

Niños menores de 10 años de edad que reciben 2 dosis de

Contactos familiares/Cuidado de niños menores de 6 meses Mujeres Embarazada

Cuidado de la Salud/Personal Médico del Servio de Emergencias

Personas: 6 meses a 24 años

Personas 25 a 64 años

Las Personas mayores de 64 años

POR FAVOR NOTE: EL CONSENTIMIENTO PARA CADA PACIENTE

Al firmar este documento, yo reconozco que he recibido una copia de “El aviso de Privacidad de la Información de Salud” del Departamento de Salud del Condado de Polk y entiendo que toda informacion es confidencial y puede ser publicada unicamente con mi consentimiento. **Iniciales** _____

Yo he recibido y leído la información sobre la vacunacion monovalente para H1N1 y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Yo comprendo los beneficios y riesgos de la vacunacion monovalente para eH1N1. Yo autorizo que el proveedor de salud del Departamento de Salud del Condado de Polk administre la vacuna a persona nombrada abajo.

FIRMA _____
(Persona que recibirá o/ autoriza la solicitud de esta vacuna- Padre o/ Tutor Legal)

FECHA _____

VACCINATION ADMINISTERED
****STAFF ONLY****

Nurse Signature: _____

Date: _____

Influenza A (H1N1) Injection **CPT: G9142 & G9141**

Vaccine: _____ Exp. date: _____

Lot # _____ Mfr: _____

NDC # _____

Dosage: 0.50 ML OR 0.25 ML

Site of Injection Right Deltoid Left Deltoid Right Thigh Left Thigh

Influenza A (H1N1) MIST **CPT: G9142 & G9141**

Vaccine: _____ Exp. date: _____

Lot # _____ Mfr: _____

NDC # _____

VIS Date 10/2/09

Date given _____