



Consentimiento de los padres para la vacuna H1N1

Nombre de la escuela: _____

Apellido del niño

Primer nombre del niño

Masculino
 Femenino

Dirección

Fecha de nacimiento del niño

Mes / Día / Año Edad Raza

Ciudad Estado Código postal Grado del niño Nombre del maestro

Apellido del padre/madre/tutor Nombre del padre/madre/tutor Teléfono diurno de contacto del padre/madre/tutor

Instrucciones: por favor lea la declaración de información de la vacuna para 2009-2010 contra la gripe H1N1 que se le ha entregado conjuntamente con este formulario y complete las áreas en color gris. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a su proveedor de cuidado primario de salud o la línea directa de la gripe de DHEC al 1-800-27-SHOTS. (1-800-277-4687)

¿Ha recibido su niño la vacuna contra la gripe H1N1 (gripe porcina) (inyección o spray nasal)? No Sí
Si la recibió, ¿Cuándo? Mes/día: _____

CONSENTIMIENTO PARA VACUNAR A SU NIÑO

Complete esta sección si usted QUIERE que su niño reciba la vacuna contra la gripe H1N1.

Yo he leído o se me ha explicado la declaración de la información de la vacuna contra la gripe H1N1 2009-2010 y entiendo los riesgos y beneficios. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna.

YO DOY PERMISO a mi niño, nombrado anteriormente, para que reciba la vacuna (inyección) contra la gripe H1N1 2009 en la clínica de la escuela patrocinada por el Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur (DHEC por sus siglas en inglés). **Aviso: Si este formulario de consentimiento no es firmado, fechado y devuelto a la escuela, su niño no será vacunado en la escuela.**

Firma del padre/madre/tutor legal: _____

Fecha: _____

Complete esta sección si usted NO QUIERE que su niño reciba la vacuna contra la gripe H1N1.

Yo he leído o se me ha explicado la declaración de la información de la vacuna contra la gripe H1N1 2009-2010 y entiendo los riesgos y beneficios. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna.

YO NO DOY PERMISO a mi niño, nombrado anteriormente, para que reciba la vacuna (inyección) contra la gripe H1N1 2009 en la clínica de la escuela patrocinada por el Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur (DHEC por sus siglas en inglés). **Aviso: Por favor, devuelva el consentimiento completado a la escuela, donde niega el permiso para que su niño sea vacunado.**

Firma del padre/madre/tutor legal: _____

Fecha: _____

Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre su niño SOLAMENTE SI usted ha dado su consentimiento para que su niño reciba la vacuna (inyección) contra la gripe H1N1 en la escuela:

- No Sí 1. ¿Ha tenido alguna vez su niño reacción grave a huevos O una reacción grave a otras vacunas contra la gripe (de temporada o H1N1) que le ha causado cualquiera de lo siguiente: silbidos al respirar, problemas al respirar; ataques y picazón en todo el cuerpo; hinchazón en la boca o garganta; presión arterial muy baja o un shock?
- No Sí 2. ¿Ha tenido alguna vez su niño el síndrome de Guillain-Barré (es un tipo raro de debilidad temporal grave en los músculos)?
- No Sí 3. ¿Tiene su niño otras alergias graves (amenaza a la vida)? Si la respuesta es sí, ¿A qué?:

SI USTED HA RESPONDIDO SÍ A LAS PREGUNTAS NÚMERO 1 Y 2, SU NIÑO NO PODRÁ RECIBIR LA VACUNA EN LA ESCUELA. POR FAVOR, CONTACTE A SU PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD PARA SABER SI SU NIÑO PUEDE RECIBIR LA VACUNA.

THE FOLLOWING SECTION WILL BE COMPLETED WHEN THE VACCINE IS GIVEN.

H1N1 Inactivated VACCINE	Dose #	Route: IM	<input type="checkbox"/> LA	MANUFACTURER:	LOT #:	VIS DATE 10/02/09
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> RL			

Vaccination Card and "After Shot Care" given to Student Unable to vaccinate: _____

Nurse Signature _____ Date _____

LABEL