

Henderson County Department of Public Health 2009 H1N1 Vaccination Initiative

C

Para la persona quien solicite la vacuna H1N1 (vacuna contra la influenza porcina), favor de marcar todo que aplique:

- Embarazada
- Trabajador en salud o servicios de emergencia
- Edad entre 6 meses a 24 años
- Vive con o cuida infante menos de 6 meses
- Edad entre 25-64 años con condición de salud crónica.

Solicitante: _____ Edad: _____
Nombre Inicial Apellido

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Hombre Mujer Raza: _____
Mes Día Año

Origen étnico: Hispano/Latino: Si No

Dirección: _____, NC _____
Calle Ciudad Código Postal

Teléfono #: (____) _____ - _____ Número alternativo: (____) _____ - _____

Si aplica, Nombre de Padre o Tutor: _____

Reconocimiento de recibo de Noticia de Privacidad

Reconozco que he recibido una copia de las practicas del Departamento de Salud y entiendo que puedo ponerme en contacto con la persona mencionado en ello (Practicas de Privacidad están disponibles en la pagina de inicio de nuestra pagina de Internet www.hendersoncountync.org/health).

Firma del Cliente o Persona responsable

Fecha

Consentimiento para vacuna

- He leído o me explicaron el Informe de la Vacuna de Influenza H1N1 y entiendo los riesgos y beneficios. Estoy satisfecho/a con las respuestas dadas a mis preguntas. Contestaron mis preguntas a mi satisfacción.
- Doy mi consentimiento para mi o para mi niño por recibir la Vacuna H1N1
- Padres/Tutores: Entiendo que un niño menor de 10 años necesita una segunda vacuna contra H1N1 para estar completamente inmunizado.

→

Firma del Cliente o Persona responsable

Fecha

Solicitante: _____ **Edad:** _____
 Nombre Inicial Apellido

Las preguntas siguientes nos ayuda a determinar si usted o su hijo puede recibir la Vacuna Contra la Influenza H1N1.

Favor de contestar “SI” o “NO” para cada pregunta para la persona quien solicite la vacuna:

- A. Si conteste “NO” a cuatro preguntas, usted o su hijo-probablemente puede recibir la vacuna. Si conteste “SI” a una o más preguntas, puede ser que el solicitante reciba o no reciba la vacuna contra el H1N1. La enfermera revisará la información antes para decidir.**

Favor de contestar las preguntas siguientes como aplica al solicitante	SI	NO
1. Tiene alergia severa a huevos, gentamicina, gelatina, monosodio glutamate o arginina (la vacuna contiene todos estos ingredientes)		
2. Tiene otras alérgias severas. Favor de anotar: _____		
3. Alguna vez ha tenido una reacción severa a una dosis previa de la vacuna contra la influenza		
4. Alguna vez ha sufrido del Síndrome de Guillain-Barré (una enfermedad que consiste en debilidad severa y temporal de los músculos)		
5. Toma un medicamento antiviral (Tamiflu o Relenza) ahora o en los últimos 2 días		

- B. Hay dos tipos de vacunas contra el H1N1 Influenza. Las respuestas siguientes nos ayuda a determinar que tipo de vacunas debemos administrar**

Favor de contestar las preguntas siguientes como aplica al solicitante	SI	NO
1. Edad menor de 2 años o mayor de 49 años		
2. Vacunado con cualquiera vacuna (no solamente la vacuna contra la influenza) en los últimos 30 días Nombre de vacuna/s: _____ Fecha administrada: _____		
3. Tiene algunas de las condiciones siguientes: asma, diabetes, enfermedad de los pulmones, riñones, hígado, corazón, sistema nervioso o sistema endocrino o sangre		
4. Tiene menos de 19 años y toma aspiran o terapia que contiene aspirina (ejemplo: tomas aspirina cada día)		
5. Tiene un sistema inmunológica débil (por ejemplo: tiene SIDA, cáncer, o toma medicamentos tales como esteroides o medicamentos para el tratamiento de cáncer)		
6. Embarazada		
7. Tiene contacto con una persona quien tiene una deficiencia severa inmunológica o quien recibe cuidado en un ambiente protegido, tal como un cuarto de aislamiento en un hospital, como un paciente quien recibió un transplante de médula ósea.		

For Health Department Use Only

Triage Nurse Review:

Person qualifies for LAIV (FluMist) Initials: _____ Date: _____

Person qualifies for Injectable Flu Vaccine. Initials: _____ Date: _____

Person ineligible to receive vaccine Initials: _____ Date: _____

Date	Which Dose?	Type of vaccine	Route	Mfr Lot#	Date of VIS	Nurse Initials
	1 st or 2 nd	Flu Mist	Intranasal		10/2/09	
	1 st or 2 nd	Injectable	Lt Rt		10/2/09	