

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____



Chart #: _____

Edad: _____

Consentimiento para la vacuna contra la Influenza (gripe)

(Todas las formulaciones)

Yo entiendo que el paciente nombrado arriba no será examinado por un doctor el día de hoy, ya que el/ella esta en buen estado de salud y NO esta enfermo(a).

Yo he leído la información acerca de la vacuna de la influenza y he contestado en forma verdadera todas las preguntas de este formulario. También he recibido una copia de la Información de la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entender completamente los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la influenza. Mi firma abajo indica que doy mi permiso para que la vacuna de la Influenza sea administrada al paciente nombrado arriba.

Para pacientes \geq 18 años de edad: Firma del paciente: _____

Para pacientes < 18 años de edad: Nombre del padre o tutor: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Forma administrada por: _____ **Fecha:** _____

Pediatric Associates

FluMist® Forma para detectar (vacuna de virus vivos contra la Influenza estacional y/o H1N1 intranasal)

Las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar si el paciente nombrado arriba puede recibir la vacuna FluMist estacional y/o FluMist H1N1 intranasal el día de hoy.

Solo las personas mayores de 2 años de edad pueden calificar.

¿Alguna de las siguientes condiciones se aplican al paciente que recibe la vacuna hoy? (Por favor marque todas las que aplica)

- Actualmente enfermo
- Asma
- Ha experimentado sibilancias más de una vez en los últimos 12 meses.
- Ha experimentado el síndrome Guillain-Barré
- Problema de salud a largo plazo con debilitamiento del sistema inmunológico (ej., VIH) o enfermedades crónicas del corazón, pulmón, riñón o metabólica (ej., diabetes)
- Anemia Falciforme u otras anemias severas o trastornos sanguíneos.
- Convulsiones u otros trastornos neuromusculares.
- Embarazada o lactando
- Alergia al huevo o a la proteína del huevo, a la gentamicina, gelatina o arginina.
- Reacciones potencialmente mortal a alguna vacuna contra la influenza en el pasado.
- Recibiendo actualmente aspirina o algún tratamiento que contiene aspirina.
- Ha recibido otras vacunas en las últimas 4 semanas.

(Si **cualquiera** de las condiciones de arriba fue marcada, el paciente arriba nombrado **quizás no puede** ser capaz de recibir FluMist/ H1N1 Intranasal).

¿Dentro de los próximos 7 días, usted espera que el paciente arriba nombrado tenga un contacto cercano con alguna persona que tenga el sistema inmunológico severamente comprometido que deben ser mantenidos en aislamiento? (ej. Hospitalizado después de un trasplante).

SI

No

*(Si la respuesta es SI, el paciente **no puede** recibir FluMist o H1N1 Intranasal)*