



**CONSENTIMIENTO PARA LA
VACUNACION DE H1N1**



Nombre:	Inicial	Apellido	Fecha de Nacimiento:	Edad Actual:
Dirección:	Ciudad:	Apartamento:	Código Postal:	Teléfono:
Marque una que aplique: <input type="checkbox"/> Tengo el Plan AHCCCS <input type="checkbox"/> No tengo seguro de gastos médicos <input type="checkbox"/> Sí tengo seguro de gastos médicos <input type="checkbox"/> KIDS CARE <input type="checkbox"/> Tengo seguro de gastos médicos pero no cubre los gastos de inmunizaciones <input type="checkbox"/> Native American elegible para los Servicios de Salud Indígena				
La información será entregada a Salubridad Pública del Condado Maricopa y al Sistema Informativo de Inmunización del Estado de Arizona (ASIS – por sus siglas en inglés).				
Nombre en letra de imprenta: _____ Firma: _____ Fecha: _____				

Preguntas de Evaluación

¿Está alérgica a huevos la persona recibiendo la vacuna? Sí NO

¿Ha tenido la persona recibiendo la vacuna una reacción alérgica a una vacuna de la influenza (gripe)? Sí NO

¿Tiene la persona recibiendo la vacuna una condición médica crónica; como asma, diabetes, cáncer, presión arterial alta, enfermedad del corazón? Sí NO

Por favor indique la condición médica _____

¿Está la persona recibiendo la vacuna embarazada? Sí NO

¿La persona recibiendo la vacuna ha recibido una vacuna nasal de gripe en este año? Sí NO
Por favor indique la fecha de la vacuna que fue administra _____

NO escriba en la casilla a continuación:

Iniciales de la persona evaluando _____

Vacuna H1N1

0.25

0.5

Nasal

Ubicación:

Lote:

Firma de la persona administrando la vacuna: _____ **Fecha:** _____