

Historial de Administración y Examen de Vacunas

La información dada en este formulario será usada como documento para autorizar recibo de vacunas. La información puede compartirse a través del Registro de Vacunación de Wisconsin, siglas en Inglés: (WIR) con otros Centros de Salud que atiendan al paciente para asegurar que esté completo su programa de vacunas. La información anotada en este formulario es voluntaria. Consulte con su médico a cerca de los riesgos y beneficios para su hijo(a) al recibir esta vacuna.

POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA

Apellido de la persona a vacunarse: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Apellido de soltera de la Madre del estudiante: _____ Nombre: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: Mes ____ día ____ año ____ Edad: _____

Origen étnico: No Hispano Hispano Raza: Indio Amer Asiático Africano-Americano Blanco Other

Padre/Guardián: Apellido: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____

Telefono: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Código: _____

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS – Una respuesta por cada pregunta.

Cuestionario a cerca del estudiante a vacunarse:	Sí	No
1. Ha tenido el estudiante alguna reacción alérgica a medicamentos, alimentos (especialmente huevos) a vacunas con thimerosal o latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ha tenido el estudiante historia de padecer el síndrome Guillain-Barré? (Parálisis Temporal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ha recibido el estudiante alguna inmunización/vacunas en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha tenido el estudiante alguna reacción seria después de haber recibido alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay dos clases de la vacuna 2009 H1N1. Sus respuestas a las siguientes preguntas ayudarán a Salud Pública a decidir cuál vacuna su hijo(a) puede recibir.	Sí	No
5. Su hijo(a) padece de: asma, diabetes (o de algún otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedad de los pulmones, corazón, riñones, nerviosa o de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Su hijo(a) toma diariamente aspirina o medicamentos que contengan aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Su hijo(a) tiene sistema immune débil (de HIV, cáncer, o toma medicamentos como esteroides o aquellos que se usan para tratamiento de cáncer?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Su hija está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Su hijo(a) tiene contacto con una persona que necesita cuidado en un ambiente protegido (por ejemplo, con alguien que recientemente haya tenido un trasplante de la médula ósea?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esta forma de consentimiento (deberá ser firmada o su hijo(a) no podrá recibir la vacuna)

He recibido una copia y la he leído o se me ha explicado la información a cerca de la influenza y vacuna del H1N1 que va a ser recibida. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de dicha vacuna y he pedido que la reciban mis hijos. Admito que he recibido copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Salud Pública de Madison y Condado de Dane. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento llamando a la escuela de mi hijo(a).

QUIERO que mi hijo(a) reciba la vacuna de influenza H1N1 en la clínica de vacunación en la escuela.
Firma del Padre/Guardián: _____
Fecha: _____

NO QUIERO que mi hijo(a) reciba la vacuna de influenza H1N1 en la clínica de vacunación en la escuela.
Firma del Padre/ Guardián: _____
Fecha: _____

This section for office use only

Esta sección para uso de la oficina únicamente

Vaccine	VIS Date	Route	Site	Lot Number
H1N1 Influenza	2009-2010	IM/Intranasal	RV LV RD LD	

Person Administering Vaccine Signature & Title: _____ Date ____/____/2009