

2009 H1N1 Influenza Vaccine Screening and Consent Form

Section 1: Information about Child to Receive Vaccine (please print)

STUDENT'S NAME (Last)		(First)	(M.I.)	STUDENT'S DATE OF BIRTH month _____ day _____ year _____	
PARENT/LEGAL GUARDIAN'S NAME (Last)		(First)	(M.I.)	STUDENT'S AGE	STUDENT'S GENDER M / F
ADDRESS			PARENT/GUARDIAN DAYTIME PHONE NUMBER:		
CITY	STATE	ZIP			
SCHOOL NAME			GRADE		

Section 2: Screening for Vaccine Eligibility

If your child has already been vaccinated with 2009 H1N1 influenza vaccine, please tell us the number of doses and dates of vaccination.

- Dose 1 Date received: month _____ day _____ year _____ Form (please circle): nasal spray shot
 Dose 2 Date received: month _____ day _____ year _____ Form (please circle): nasal spray shot

The following questions will help us to know if your child can get the 2009 H1N1 influenza vaccine. Please mark YES or NO for each question.

A. If you answer "NO" to all four of the following questions, your child can probably get the influenza vaccine. If you answer "YES" to one or more of the following four questions, your child may be able to get the 2009 H1N1 vaccine, but we will contact you to discuss your options.

	YES	NO
1. Does your child have a serious allergy to eggs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does your child have any other serious allergies? Please list: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. There are two kinds of 2009 H1N1 influenza vaccine. Your answers to the following questions will help us know which of the two kinds of vaccine your child can get.

	YES	NO
1. Has your child been vaccinated with any vaccine (not just flu) within the past 30 days? Vaccine: _____ Date given: month _____ day _____ year _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does your child have any of the following: asthma, diabetes (or other type of metabolic disease), or disease of the lungs, heart, kidneys, liver, nerves, or blood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is your child on long-term aspirin or aspirin-containing therapy (for example, does your child take aspirin every day)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Does your child have a weak immune system (for example, from HIV, cancer, or medications such as steroids or those used to treat cancer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is your child pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Does your child have close contact with a person who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow transplant)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 3: Consent

CONSENT FOR CHILD'S VACCINATION:

I have read or had explained to me the 2009-2010 Vaccine Information Statement for the 2009 H1N1 influenza vaccine and understand the risks and benefits.

I GIVE CONSENT to the STATE/LOCAL health department and its staff for my child named at the top of this form to be vaccinated with this vaccine. (If this consent form is not signed, dated, and returned, then your child will not be vaccinated at school)

Signature of Parent/Legal Guardian _____
Date: month _____ day _____ year _____

I DO NOT GIVE CONSENT to the STATE/LOCAL health department and its staff for my child named at the top of this form to be vaccinated with this vaccine.

Signature of Parent/Legal Guardian _____
Date: month _____ day _____ year _____

Section 5: Vaccination Record

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal				
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal				

2009 Forma de consentimiento para vacunación y despistaje de la gripe H1N1

Sección 1: Información sobre el niño para recibir la vacuna (por favor imprimir)

NOMBRE DE S DEL ESTUDIANTE (apellido)	(nombre)	(M.I.)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE mes _____ día _____ año _____	
PADRES O REPRESENTANTE (Apellido)	(nombre)	(M.I.)	EDAD DEL ESTUDIANTE	GÉNERO DEL ESTUDIANTE M/F
DIRECCIÓN			NÚMERO DE TELÉFONO DEL PADRE/REPRESENTANTE:	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		
NOMBRE DE LA ESCUELA			GRADO	

Sección 2: Investigación para la elegibilidad para la vacuna

Si su niño se ha vacunado ya con la vacuna de la gripe H1N1 2009, por favor nos dice el número de dosis y de fechas de la vacunación.

Dosis 1 Fecha recibida: ____ día ____ año ____ del mes Forma (por favor circule): aerosol nasal inyección

Dosis 2 Fecha recibida: ____ día ____ año ____ del mes Forma (por favor circule): aerosol nasal inyección

Las preguntas siguientes nos ayudarán a saber si su niño puede recibir la vacuna de la gripe H1N1 2009. Marque por favor SÍ o NO para cada pregunta.

A. Si usted contesta "NO" a las cuatro preguntas siguientes, su niño puede probablemente recibir la vacuna de la gripe. Si usted contesta "SÍ" a una o más de las cuatro preguntas siguientes, su niño puede recibir la vacuna H1N1 2009, pero estaremos en contacto con usted para discutir sus opciones.

	SÍ	NO
1. ¿Su niño tiene una alergia seria a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su niño tiene otras alergias serias? Por favor anote: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Su niño ha tenido alguna vez una reacción seria a una dosis anterior de la vacuna de la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha tenido su niño Síndrome de Guillain-Barré ¿(un tipo de debilidad severa temporal del músculo) en el plazo de 6 semanas después de recibir una vacuna de la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Hay dos clases de vacuna de la gripe H1N1 2009. Sus respuestas a las preguntas siguientes nos ayudarán a saber cuáles de las dos clases de vacuna puede recibir su niño.

	SÍ	NO
1. ¿Han vacunado a su niño con cualquier vacuna (no solo gripe) en el plazo de los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha: mes ____ día ____ año ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Su niño tiene alguno de los siguientes: ¿asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones, del hígado, de los nervios, o de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Esta su niño recibiendo aspirina a largo plazo o terapia que contenga aspirina (por ejemplo, su niño toma la aspirina a diario)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su niño tiene un sistema inmune débil (por ejemplo, del VIH, del cáncer, o de medicaciones tales como esteroides u otras usadas para tratar el cáncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Está su niña embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Su niño tiene contacto cercano con una persona que necesite cuidado en un ambiente protegido (por ejemplo, alguien que ha tenido recientemente un trasplante de la médula)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3: Consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN DEL NIÑO:

He leído o se me ha explicado la información para la vacuna de la gripe H1N1 2009, y entiendo los riesgos y las ventajas.

DOY CONSENTIMIENTO al departamento de la salud del ESTADO/LOCAL y a su personal para que mi niño arriba sea vacunado con esta vacuna (Si esta forma de consentimiento no se firma, se fecha, y se devuelve, entonces su niño no será vacunado en la escuela)

Firma del padre/representante legal

Fecha: mes ____ día ____ año ____

NO DOY CONSENTIMIENTO al departamento de la salud del ESTADO/LOCAL y su personal para que mi niño arriba sea vacunado con esta vacuna.

Firma del padre/representante legal

Fecha: mes ____ día ____ año ____

Sección 5: Expediente de vacunación

PARA EL USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE

Vacuna	Dosis de la fecha administrada	Ruta	Número de la dosis (1r o 2do)	Fabricante	Número de lote	Nombre y título del administrador de la vacuna
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal				
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal				