



Community Health Nursing

608 Oakland Avenue  
 Elkhart, IN 46516-2116  
 (574) 523-2127  
 Fax: (574) 523-2163  
 Website: [www.elkhartcountyhealth.org](http://www.elkhartcountyhealth.org)



**Public Health**  
 Prevent. Promote. Protect.

Daniel A. Nafziger, MD MS

## Administración de la contra la influenza H1N1

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Hembra \_\_\_\_\_ Varón \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Si contesta "No" a las siguientes cinco preguntas, a su niño se le puede proveer la vacuna de las influenza. Si contesta "Si" a una o más de las cinco preguntas, su niño pueda que sea elegible para la vacuna H1N1 2009 , pero usted necesita discutirlo con su proveedor medico.

	<i>Si</i>	<i>No</i>
¿Está su hijo enfermo hoy?		
¿Ha tenido su hijo alguna reacción severa al látex?		
¿Ha tenido su hijo alguna reacción o alergia a la vacuna contra la influenza?		
¿Es su hijo alérgico a los huevos?		
¿Ha tenido su hijo el síndrome Guillan-Barre?		

He recibido una copia de información sobre la vacuna de influenza H1N1(10/2/2009). Comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna.

**Doy mi consentimiento** al Departamento de Salud del Estado o Local y a sus trabajadores y pido que se suministren las dosis necesarias a mi niño cuyo nombre aparece en este documento.

**No doy mi consentimiento** al Departamento de Salud del Estado o Local y a sus trabajadores, para que le suministren las dosis necesarias a mi niño cuyo nombre aparece en este documento.

Otra información que le quistaría que el departamento de salud supiera sobre su niño? \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_

Fecha

**X** \_\_\_\_\_

Firma del Cliente/padres/tutor/autorizado

### ***For Office Use Only***

VACCINE	MANUFACTURER	LOT NUMBER EXPIRATION DATE	ROUTE	DATE ADM.	VACCINATOR INITIALS
2009 H1N1 Dose 1	See Lot Sheet	See Lot Sheet	IM Nasal		
2009 H1N1 Dose 2	See Lot Sheet	See Lot Sheet	IM Nasal		