

# El Condado de McHenry

## Historial administrativo de vacunación contra el H1N1

Lugar de clínica:

Fecha:

**Información sobre el recipiente de la vacuna : (POR FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRAS DE MOLDE)**

<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>SN</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> (MM/DD/YYYY)	<b>SEXO</b> (circle) M F
<b>DIRECCION</b>	<b>APT</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
<b>CONDADO</b>	<b>NUMERO DEL TELEFONO</b> (       )       -			

(Marque con 'X' en la caja apropiada)

**El recipiente de la vacuna es:**

**SI      NO**

¿Embarazada?		
¿Una persona que vive con/cuida de niños menores que 6 meses?		
¿Una persona que trabaja en servicios de salud o servicios de emergencias médicas?		
¿Una persona que tiene entre 6 meses y 24 años?		
¿Una persona entre 25-64 años de edad que tiene una condición crónica/ sistema inmunológico comprometido?		
¿Una persona sana entre 25-64 años de edad?		
¿Una persona saludable mayor que 65 años?		
¿Tuvo una vacuna intranasal en los últimos 30 días?		

(Marque con 'X' en la caja apropiada)

**PARA SER COMPLETADO POR EL RECIPIENTE DE LA VACUNA, LOS PADRES, O PERSONAL DE LA CLÍNICA:**

**SI      NO**

¿Alguna vez se ha vacunado contra la gripe estacional?		
¿Alguna vez ha tenido una reacción a la vacuna contra la gripe estacional o una vacuna intranasal (por la nariz)?		
¿Está en buena salud general hoy?		
¿Es alérgico(a) a huevos, proteína de pollo, látex, Thimerosal (se encuentra en solución para contactos o Mercurocromo)?		
¿Alguna vez ha tenido el síndrome Guillain-Barre (un trastornó que afecta el sistema nervioso que causa parálisis)?		
Si el recipiente es menor de 18 anos, ¿tiene una enfermedad crónica o sistema inmune debilitado?		

Yo he recibido y leído la información del folleto sobre vacunación contra la influenza H1N1.

Yo he tenido una oportunidad para hacer preguntas que han sido contestadas a mi satisfacción

Yo creo que entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la influenza H1N1 y pido que la vacuna sea administrada a la persona nombrada arriba para quien estoy autorizado para hacer esta petición.

Yo reconozco que he tenido una oportunidad para examinar una copia del Aviso sobre las prácticas de privacidad del departamento de salud, lo cual es disponible por petición o en nuestro sito del web: [www.mcdh.info](http://www.mcdh.info).

**Si esto es una clínica basada en las escuelas, yo autorizo el distrito escolar a revelar este formulario al Departamento de la Salud del Condado McHenry y al sistema de salud que mantiene esta clínica.**

**Firma de la persona autorizada para hacer esta petición:**

**X** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA CLÍNICA:**

	Manufacturer	LOT #	Dose (circle)	Site of Injection (circle)	Administered by:
Inactivated			1 <sup>st</sup> 2 <sup>nd</sup>	Lt arm    Rt arm Lt leg    Rt leg	
LAIV			1 <sup>st</sup> 2 <sup>nd</sup>		