

**ARKANSAS DEPARTMENT OF HEALTH
2014-2015 INFLUENZA SEASON -- IMMUNIZATION CONSENT FORM**

For ADH use only ADH Clinic Code: _____	Date Of Service: _____
School Name: _____	School Grade: _____ (if school clinic)

NOMBRE de la Persona que Recibe la Vacuna: _____	Fecha de Nacimiento: _____
--	----------------------------

1. HISTORIAL MEDICO: Conteste las siguientes preguntas de la persona que recibe la vacuna.

	SI	NO	
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica seria a los huevos? En caso afirmativo, como precaución, se recomienda que no reciba la vacuna de la gripe hasta que haya consultado a su medico.			Si alguna de las respuestas es SI, usted quizá no pueda recibir la vacuna de la gripe
¿Ha tenido alguna vez una reacción seria a dosis previas de vacuna contra la gripe?			
¿Ha tenido alguna vez el Síndrome Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa temporal) dentro de las 6 semanas siguientes después de haber recibido la vacuna antigripal?			
¿Es usted menor de 2 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Si hay una respuesta SI, usted puede recibir solo la vacuna contra la gripe inyectable, pero no la vacuna intranasal.
¿Es usted mayor de 49 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Esta embarazada? ¿Si esta, cual es la fecha de su ultimo periodo menstrual? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
¿Tiene usted alguno de los siguientes problemas: asma, diabetes (o algún otro tipo de problema metabólico), o enfermedad de los pulmones, corazón, riñones, hígado, nervios, o sangre?			
¿Esta usted en tratamiento a largo plazo con aspirina o algo que contiene aspirina (por ejemplo, toma usted aspirina todos los días)?			
¿Ha usted recibido alguna de estas vacunas en los últimos 28 días? Sarampión, paperas, rubeola (MMR) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Varicela Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vacuna de la gripe en forma intranasal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Tiene usted un sistema inmunológico severamente debilitado (por ejemplo por HIV, cáncer, o medicamentos como esteroides o para tratar cáncer)?			
¿Tiene usted contacto con una persona que necesita cuidados en un ambiente protegido (por ejemplo alguien que ha tenido recientemente un trasplante de medula ósea)?			
Para los padres que NO asisten a la clínica de vacunación con su hijo (a):			
Si usted contesto No a todas las preguntas anteriores, su hijo puede recibir ya sea la vacuna contra la gripe inyectable o la vacuna en roció nasal. En los niños en edad escolar, el roció nasal parece proveer mayor protección. Por favor marque el tipo de vacuna que usted prefiere a continuación. Si su vacuna preferida no se encuentra disponible o marcada, la enfermera le dará la que este disponible a menos que usted le indique algo diferente. <input type="checkbox"/> Forma Inyectable <input type="checkbox"/> Forma Nasal <input type="checkbox"/> No Preferencia <input type="checkbox"/> No darla si la preferida no se encuentra disponible			
Maestro del Niño: _____			

Por favor lea la sección **2. Liberación y Asignación** al reverso de esta forma. La Noticia de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas se encuentra disponible en el website www.healthy.arkansas.gov, en la clínica, o adjunto a esta forma.
 Firme en la primera línea en el cuadro a la derecha.

Por favor firme aquí

Mi firma abajo indica que he leído, entendido, y estoy de acuerdo con la **sección 2. Hoja de consentimiento de inmunización – Liberación y Asignación** para la temporada gripal de 2014-2015. Este consentimiento es valido desde ahora hasta Junio 30, 2015.

Firma del Paciente/Padre/Guardián:
 _____ fecha _____

Firma y Titulo del Administrador de la Vacuna:
 _____ fecha _____

