(Gripe tirada) VACUNA HECHA INACTIVO GRIPE 2009 H1N1
VIVE la VACUNA ATENUADA (del aerosol nasal)

Nombre: _____ Fecha del nacimiento: ____/____/____ Edad actual: _____
Dirección: _____ Ciudad/estado: Cierre relámpago del _____: Sexo del _____: M/F
Número de teléfono: _____ Name del doctor: _____
Asegurador: _____ Número del seguro: _____

¿ Usted ha tenido siempre una reacción seria a una dosis anterior de la vacuna? ( ) No ( ) Sí
¿Está esta su primera dosis de gripe? ( ) No ( ) Sí
¿ Usted ha tenido siempre una reacción alérgica? (A los huevos, gentamicin, neomycin Polymixin, o gelatina). ( ) No ( ) Sí
Tiene usted tenía siempre síndrome de barra de Guillian- el' (GBS) en el plazo de 6 semanas d ¿Recepción de la vacuna de la gripe? ( ) No ( ) Sí
La forma nasal de la investigación de la niebla terminó: (Edad sana 2-49 de los individuos solamente) ( ) No ( ) Sí
Para la primera dosis solamente: In____ de Tiempo Out____ de Tiempo

Consentimiento/ permiso de la gripe H1N1 de compartir

He leído, o había explicado a mí, a la hoja de la información sobre la vacunación de la gripe H1N1 y *acuerde tener esta vacunación o solicitarla para la persona nombrada arriba para quién me autorizan a hacer esta petición.* He tenido la ocasión de preguntar a preguntas cuáles fueron contestados a mi satisfacción. La agencia puede utilizar este documento para la documentación escrita o puede ser registrado en mi expediente médico. Lanzo esta agencia de cualesquiera y toda la responsabilidad con respecto a la administración de esta vacuna. Autorizo compartir de esta información para mí o mi niño cuanto sea necesario para proteger un Seguro de enfermedad o una demanda de seguro por esta agencia o el departamento de Massachusetts de la salud pública, u otros propósitos de la salud pública, así como la escuela de mi niño o el abastecedor del cuidado médico.

Entiendo que puedo rechazar firmar esta autorización de compartir la información y que mi denegación a la muestra no afectará la capacidad de mi niño de obtener la vacuna.

Rechazo el permiso de compartir la información.

Los niños más joven de 10 años requieren 2 dosis de vacuna.

Un aviso de la práctica de la aislamiento se ha hecho disponible.

Consentimiento vaccíneo inyectable H1N1	**Consentimiento nasal del aerosol H1N1**
_____ _____ Firma del recipiente (o del padre/del guarda) Fecha	_____ _____ Firma del recipiente (o del padre/del guarda) Fecha
Inyección de la gripe H1N1: Dosis 1_____ arm_____ izquierdo arm_____ derecho Dosis 2_____ _____ izquierdo del brazo de la derecha del arm_____ _____ de # del fabricante/ de la porción Firma de la enfermera: _____	**Gripe H1N1 intranasal:** Dosis 1_____ arm_____ izquierdo arm_____ derecho Dosis 2_____ _____ izquierdo del brazo de la derecha del arm_____ _____ de # del fabricante/ de la porción Firma de la enfermera: _____