



## 2009 H1N1 Influenza Vaccine Consent Form



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

NAME (Last)	(First)	(M.I.)	DATE OF BIRTH month _____ day _____ year _____	
ADDRESS			AGE	GENDER M                  F
CITY/STATE/NJ			DAYTIME PHONE NUMBER	
SCHOOL			GRADE	

**Section 2: Screening for Vaccine Eligibility**

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

<input type="checkbox"/> Dose 1	Date received: Month _____ Day _____ Year _____	Form (please circle):	nasal spray	shot
<input type="checkbox"/> Dose 2	Date received: Month _____ Day _____ Year _____	Form (please circle):	nasal spray	shot

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

If you answer "NO" to all four of the following questions, person to be vaccinated can probably get the influenza vaccine. If you answer "YES" to one or more of the following four questions, you should contact your child's healthcare provider or your local health department to discuss your options for vaccination.

	YES	NO
1. Does person to be vaccinated have a serious allergy to eggs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does person to be vaccinated have any other serious allergies that you know of? Please list: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has person to be vaccinated ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has person to be vaccinated 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"/>

**Section 3: Consent**

**CONSENT FOR 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 medical staff for the person named at the top of this form to get vaccinated.

Signature of Patient/Parent/Legal Guardian \_\_\_\_\_ Date: Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_

Parent/Legal Guardian Printed Name \_\_\_\_\_

I WISH TO BE PRESENT at the time the person is scheduled to get vaccinated: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ I DO NOT WANT the person named at the top of this form to get vaccinated

**Section 4: Vaccination Record**

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Site IM	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	LD RD LT RT				
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	LD RD LT RT				

## Autorización Escolar para la Vacuna Inyectable para la Influenza H1N1 del 2009

### Sección 1: Información acerca del niño que recibirá la vacuna (USE LETRA IMPRENTA CLARA)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)		(Primer nombre)	(Inicial del segundo)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE mes _____ día _____ año _____	
NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE LEGAL (Apellido)		(Primer nombre)	(Inicial del segundo)	EDAD DEL ESTUDIANTE	GÉNERO DEL ESTUDIANTE H/M
DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE					
CIUDAD		CONDADO			
ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NOMBRE DE LA ESCUELA	GRADO		
NÚMERO TELEFÓNICO DIURNO DEL PADRE O ACUDIENTE:					

### Sección 2: Prueba para verificar que puede recibir la vacuna

Si su hijo ya fue vacunado con la **vacuna para la influenza H1N1 de 2009** (NO CON LA VACUNA PARA LA INFLUENZA ESTACIONAL), indíquenos el número de dosis y las fechas de vacunación.

Dosis 1 Fecha en que la recibió: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_      Vía (enciérre en un círculo): aerosol nasal      inyección  
 Dosis 2 Fecha en que la recibió: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_      Vía (enciérre en un círculo): aerosol nasal      inyección

Las siguientes preguntas nos permitirán saber si su hijo puede recibir la vacuna para la influenza H1N1 de 2009. Marque **SÍ** o **No** para cada pregunta.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo es alérgico a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo tiene cualquier otra alergia? Indique cuáles:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción a una dosis anterior de vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (una forma de debilidad muscular grave temporal) en las 6 semanas siguientes a haber recibido una vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió "NO" a todas las preguntas anteriores, probablemente su hijo puede recibir la vacuna para la influenza H1N1 de 2009. Si respondió "SÍ" a una o más de las preguntas, debe ponerse en contacto con el proveedor de atención médica de su hijo o con el departamento de salud local para discutir sus opciones de vacunación.

### Sección 3: Autorización

<b>AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN DEL NIÑO:</b> Al firmar este formulario, autorizo que mi hijo sea vacunado y acepto que: <ul style="list-style-type: none"> <li>La información anterior es correcta.</li> <li>He leído la "Declaración de Información de la Vacuna para la Influenza H1N1 de 2009" o alguien me la leyó.</li> <li>Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna para la H1N1.</li> </ul>	
Firma del padre o acudiente legal _____	Fecha: mes _____ día _____ año _____

### Sección 4: Registro de vacunación

ÚNICAMENTE PARA USO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO

Vaccine	Date Dose Administered	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator Location of Vaccination Clinic	Provider Number
2009 H1N1 Inyectable (IM)	/ /		<input type="checkbox"/> CSL <input type="checkbox"/> GSK <input type="checkbox"/> Novartis <input type="checkbox"/> Sanofi			