

EVALUACIÓN DE LA VACUNA PARA LA GRIPE Y FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE CULVER CITY

Combinación de Vacunas Estacionales y de H1N1

Por favor circule la escuela que su hijo/a actualmente asiste (o indique el lugar de trabajo para empleados del distrito) y conteste las siguientes preguntas.

Localización: HS MS EM ER FA LB LH CP DO **Grado** _____ **Salón** _____ **Maestro/a** _____

Gente sana de 2 años de edad hasta 49 años de edad son elegibles para recibir la vacuna nasal para la gripe en forma de aerosol. Personas mayores de 50 años solamente son elegibles para recibir la vacuna inactiva contra la Gripe en forma de inyección.

Parte A: Todas las personas solicitando vacunas:

La persona que va ser vacunada tiene algunos de las siguientes condiciones de salud a largo término? SÍ NO
Si contesto si, marque todos lo que apliquen:

- _____ Asma (severa o con medicación)
- _____ Enfermedad del Corazón
- _____ Enfermedad Pulmonar
- _____ Enfermedad de los Riñones
- _____ Enfermedad Metabólica (incluyendo Diabetes o enfermedad del Hígado)
- _____ Enfermedades Sanguíneas (incluyendo anemia o Células Falciformes, Linfoma)
- _____ Debilitamiento del Sistema Inmunológico (Terapia de esteroides, bajo el tratamiento para el Cáncer, VIH-Virus de inmunodeficiencia humana, etc.)
- _____ ¿Vive con alguien o espera tener contacto cercano con una persona que tenga debilidad en su sistema inmune y necesita estar en un ambiente protector?
- _____ Problema muscular o del sistema nervioso (convulsiones, Distrofia Muscular (DM), Parálisis Cerebral, etc.)
- _____ Personas bajo la edad de 18 años tomando un tratamiento de Aspirina por largo termino
- _____ En las 4 últimas semanas recibieron la vacuna triple vírica (MMR), Varicela, o la vacuna activa contra la gripe
- _____ Alergia Severa a látex

Si usted marco "SI" a cualquier condición de salud anotada en la parte de arriba, solamente la inyección de la vacuna inactiva de la gripe será administrada.

- ¿La persona que va ser vacunada está actualmente embarazada? SÍ NO
- ¿La persona que va ser vacunada tiene alergia severa a los huevos, gentamicina, o glutamato monosodico? SÍ NO
- ¿La persona que va ser vacunada ha tenido una reacción fuerte anteriormente cuando fue vacunado/a contra la gripe? SÍ NO
- ¿La persona que va ser vacunada tiene una historia del Síndrome Guillain-Barré? SÍ NO

Si usted marco "SI" a una de las cuatro preguntas en la parte de arriba, no se le podrá administrar la vacuna de la gripe. Por favor consulte con su medico.

Parte B: Solamente si la persona siendo vacunada tiene menos de 9 años de edad:

¿Su hijo/a con menos de 9 años de edad fue vacunado/a contra la gripe el año pasado? SÍ NO

Si contesto SI, por favor conteste las siguientes dos preguntas:

- ¿Cuántas dosis de la vacuna H1N1 recibió su hijo/a el año pasado? 1 dosis o 2 dosis (por favor circule)
- ¿Cuantas dosis de la vacuna Estacional recibió su hijo/a el año pasado? 1 dosis o 2 dosis (por favor circule)

Si su hijo/a tiene menos de 9 años de edad y nunca a sido vacunado contra la gripe con 2 dosis sea en forma de aerosol nasal o inyección, va a necesitar una segunda vacuna entre 4 semanas.

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a menor, bajo los 9 años de edad reciba la segunda vacuna contra la gripe.

Por favor ponga su inicial aquí: X _____

Parte C: Consentimiento por Escrito:

Yo he leído y entiendo la declaración Informativa de la vacuna contra la Influenza. Yo estoy de acuerdo de recibir la vacuna contra la gripe.

*Para niños menores que van hacer vacunados: Yo doy mi permiso para que la vacuna contra la Influenza sea dada a mi hijo/a y que yo tengo la autoridad para hacer esta petición.

_____ Escriba el nombre de la persona que va recibir la vacuna Edad: _____ *

_____ *Si es menor de edad: Escriba el nombre del padre/tutor haciendo la petición para la vacuna

_____ Firma de la persona hacienda la petición para la vacuna o padre/tutor

Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grupo Étnico: _____
(Por motivos de colectar información para el Condado de Los Ángeles)

For Nurses only:

Intranasal given on _____ KLA DC PS Injection given on _____ L or R deltoid