

# H1N1 Influenza Consent

## Autorización para la vacuna contra la influenza H1N1



Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Birthdate/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Age/Edad: \_\_\_\_\_

Address/ Dirección: \_\_\_\_\_

City/Ciudad, Zip/ Código Postal: \_\_\_\_\_ Phone Number/número de teléfono: \_\_\_\_\_

### PLEASE CHECK (✓) THE TARGET GROUP YOU QUALIFY FOR:

#### Favor de marcar (✓) el grupo en que califica usted:

- Pregnant / Embarazada
- 6 months - 24 years old/6 meses - 24 años
- Healthcare worker or emergency medical services personnel/Trabaja en servicios médicos
- 25 – 64 years old with a high risk medical condition/ 25-64 años con otra condición médica
- Household contacts and caregivers for infants younger than 6 months of age/Vive con o cuida a bebés que tienen menos de 6 meses
- Healthy Person 25-64 years old/persona sana 25-64 años
- Healthy Person >64 years old/persona sana >64 años

Do you have an allergy to eggs or to a component of the influenza vaccine?  Yes/Sí  No  
¿Tiene usted alergias a huevos o a un componente de la vacuna de la influenza?

Do you have a history of Guillain-Barre Syndrome (French polio)?  Yes/Sí  No  
¿Tiene usted una historia del síndrome de Guillain-Barre Syndrome (polio francés)?

Have you received a vaccination within the past 4 weeks?  Yes/Sí  No  
¿Ha recibido una vacuna en las últimas 4 semanas?

**Flu Nasal Mist Eligibility (this will help determine if you get the nasal mist or the injectable vaccine)**  
Requisitos para recibir la vaporización nasal H1N1 (esto ayudará a determinar si usted va a recibir la vaporización nasal o la vacuna inyectable)

Are you pregnant? ¿Está embarazada?  Yes/Sí  No

Have you had any episodes of wheezing in the past year?  Yes/Sí  No  
¿Ha tenido dificultades con respirar en el último año?

Do you have a weakened immune system or any underlying medical conditions such as asthma, diabetes, heart disease, lung disease, blood disorders, kidney or liver disease or nerve disorders such as cerebral palsy, or on long term aspirin therapy?  
¿Tiene un sistema de inmunidad débil o una condición médica como asma, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar, desorden de sangre, enfermedad de los riñones o del hígado, desorden de los nervios como parálisis cerebral, o está recibiendo tratamiento con aspirina?  Yes/Sí  No

If you are 2-49 years old and answered "no" to all the questions above you are eligible for flu nasal mist.  
Si usted tiene entre 2-40 años y contestó "no" a todas las preguntas de arriba, puede recibir la vaporización nasal.

I am eligible and would like the flu nasal mist. Puedo y quiero recibir la vaporización nasal H1N1.

I am not eligible for the flu nasal mist OR would prefer to receive the injectable H1N1 vaccine.  
No puedo recibir la vaporización nasal H1N1 o prefiero recibir la vacuna inyectable contra la H1N1.

I have read the information and have had the chance to ask questions. I understand the benefits and risks of the H1N1 Vaccine and ask that the vaccine be given to me, or the person named above. I accept responsibility for seeking medical attention for any problems with this vaccination.  
He leído la información y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna de la H1N1 y pido que la vacuna me sea dada a mí o a la persona cuyo nombre aparece arriba de la cual yo estoy autorizado a hacer esta petición. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema que tenga con esta vacuna.

Patient or Parent Signature/Firma de Paciente o Padre: \_\_\_\_\_

#### For Clinic Use

Vaccine	Date	Manufacturer	Site	Lot #	Dosage	Administered by:
Injectable Influenza						
Intranasal Influenza						