



2011-12 Flu Mist Influenza Consent for 2-18 years old/ Autorización para la vacuna intranasal contra la influenza 2-18 años de edad

Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____

Birthdate/Fecha de Nacimiento: _____ Age/Edad: _____

Address/ Dirección: _____

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

I am 18 or under/ Tengo 18 años o menos Yes/Sí No

I am on Medicaid, have no health insurance, or my health insurance does not cover flu immunizations. **\$12 suggested donation.**

Tengo Medicaid, no tengo seguro medico, o mi seguro médico no cubre la vacuna contra la influenza. **Donación sugerida: \$12.**

Yes/Sí No

Are you ill today? ¿Está enfermo hoy? Yes/Sí No

Do you have a stuffy nose or a nasal condition that makes breathing difficult?
 ¿Tiene la nariz congestionada o una condición nasal que hace respirar difícil? Yes/Sí No

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

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

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

Do you have close contact with someone who has a weakened immune system?
 ¿Tiene contacto cercano con una persona que tiene el sistema inmunológico debilitado? Yes/Sí No

If you are 2-18 years old and answered "no" to all the questions above you are eligible for flu nasal mist.
 Si usted tiene entre 2-18 años y contestó "no" a todas las preguntas arriba, puede recibir la vacuna intranasal contra la influenza.

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

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

I have read the information and have had the chance to ask questions. I understand the benefits and risks of the 2011-12 Seasonal Influenza 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 contra la influenza temporal del 2011-12 y pido que me vacune a mí o a la persona cuyo nombre aparece arriba. 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:
Intranasal Influenza						