

**Departamento de Salud del Condado de DeSoto
34 S. Baldwin Ave, Arcadia, FL 34266
863-990-4106**

Escriba solo en la area gris

Por favor escriba en letra molde

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Raza: _____ Masculino Femenino
 Dirección (Calle): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono #: _____ Seguro Social #: _____ - _____ - _____

Conteste las siguientes preguntas:

Es usted un menor de edad?(Si es menor de 18 años, padre o guardian debe firmar abajo)		Si	NO		
Es alérgico a huevos o productos hechos con huevos?	Si	NO	Está embarazada?		
			Si	NO	
			Cuida o vive con un infante de 6 meses o menos?	Si	NO
Ha tenido alguna reacción grave con alguna vacuna?	Si	NO	Esta entre la edad de 6 meses a 24 años?	Si	NO
Sufre de trastornos neurológicos síndrome de Guillain-Barré o como el Esclerosis Múltiple?	Si	NO	Es usted un profesional de la salud o parte del personal de servicios de emergencias	Si	NO
Tiene usted ahora catarro, fiebre, u otra enfermedad?	Si	NO	Esta entre la edad de 25 a 64 años y sufre de condiciones médicas que lo exponen a complicaciones provenientes de la influenza	Si	NO

He leído o se me ha explicado la Declaración de Información de Vacunas sobre la nueva vacuna contra la gripe H1N1. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza H1N1 y pido que se me administre la vacuna o al paciente en cuestión para la cual estoy autorizado para hacer esta petición.

Si da su consentimiento para un tercero, por ejemplo un hijo menor de edad

Yo, _____, (escriba en letra de imprenta el nombre del adulto que da su consentimiento) tengo la siguiente relación con la persona indicada más arriba (marque la relación que tiene con la otra persona o el hijo menor de edad).

Orden judicial Tutor legal Padre Madre Tía adulta Hermano adulto Hermana adulta Tío adulto
 Abuelo Abuela Madrastra Padrastro

Tengo la autoridad legal, basándome en mi relación con la persona indicada más arriba, para dar mi consentimiento para la administración de esta vacuna al niño identificado más arriba.

Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de _____, ubicado en Address., City, FL ZIP CODE y cualquier médico o profesional de la salud o su agente autorizado, que me examine o me provea tratamiento para usar o revelar información médica confidencial para tratamiento, pago u operaciones de atención médica incluyendo la divulgación a cualquier tercer pagador servicios médicos, cualquier médico, psiquiátrico o psicológico, abuso de alcohol / drogas, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, SIDA, VIH o la información de gestión de casos, incluyendo cualquier información recibida de otros proveedores de salud, diagnóstico y tratamiento de las relativas a su uso en la determinación de reclamar para el diagnóstico o tratamiento. Esto puede incluir cualquier y toda la información relativa al pago.

CON MI FIRMA RECONOZCO HABER LEIDO EL TESTAMENTO ANTERIOR Y LA NOTA DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

X _____ Fecha: _____
 Firma de la persona recibiendo la vacuna o persona autorizada a hacer la petición

_____ Fecha: _____
 Testigo

Dose 1 MFG: _____ **Lot # :** _____ **Exp date:** _____ **Inj site:** _____ **Route:** _____ **Date next dose due** _____
 (ONLY Children under 10 years)
Dose 2 MFG: _____ **Lot # :** _____ **Exp date:** _____ **Inj site:** _____ **Route:** _____ **Date of last dose** _____
 (ONLY Children under 10 years)

_____ **Title:** _____ **Date:** _____
Signature of representative who administered vaccine