

## A. 2009 Seasonal & H1N1 Influenza and Pneumococcal Combined Consent OSIS Data Entry Form

Apellido		Primer Nombre		Inicial de segundo nombre	Fecha de Nacimiento ____ - ____ - ____
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Etnicidad ¿Es de Origen Hispano? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Número de teléfono ( ) _____ - _____	
Raza Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai /Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/>					
Apellido de soltera de la madre <i>Solamente para niños menores de 18 años</i>		Número de Medicaid		Apellido de Medicaid	
Número de Medicare		Medicare Parte B Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Primer Nombre de Medicaid	
<b>For Clinic Use Only – Do Not Write In Grey Areas</b>					
VFC Status: 0 – Not Eligible <input type="checkbox"/> 1 – Medicaid <input type="checkbox"/> 2 – Native America <input type="checkbox"/> 3 – Native Alaskan <input type="checkbox"/> 4 – Underinsured <input type="checkbox"/> 5 – No Insurance <input type="checkbox"/> 6 – Private Insurance <input type="checkbox"/>					
Provider/Clinic Name:			Provider ID:		
Date Given	Given By (First Initial, Last Name)	Vaccine Name in OSIS	Lot Number	Site/Route (Circle number on line next to vaccine) 1- RT Vast Lat IM 2- LT Vast Lat IM 3- RT Deltoid IM 4- LT Deltoid IM 9- Other (nasal spray)	Dose Number (1 or 2)
		<b>Seasonal Vaccines</b>			
		Injection		1    2    3    4	
		Mist		9	
		<b>H1N1 Vaccines</b>			
		Injection		1    2    3    4	
		Mist		9	
		Pneumovax		1    2    3    4	

## B. Consentimiento en avance

Por favor indique abajo si le gustaría que su hijo/hija reciba la vacuna para la influenza H1N1 en su ausencia. Complete el cuestionario al otro lado de esta página y fírmela.

Este consentimiento permanecerá vigente 90 días después de la fecha en que se haya firmado. Por favor marque una de las siguientes cajas:

<input checked="" type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Mi hijo PUEDE recibir la vacuna intranasal H1N1 sin mi presencia.</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Mi hijo PUEDE recibir la vacuna inyectable H1N1 sin mi presencia.</b>

**POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTA FORMA**



## C. CUESTIONARIO DE CONTROL PARA LA VACUNA DE LA INFLUENZA

**Por favor complete las siguientes preguntas de control:** Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería recibir la vacuna para la influenza

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año)

PREGUNTAS	SI	NO	NO SE
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma el día de hoy?			
2. La persona que se va a vacunar, ¿tiene alergia a los huevos?			
3. La persona que se va a vacunar, ¿ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? (un tipo de debilidad muscular severa temporal)			
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo en el pasado alguna reacción seria a la vacuna intranasal contra la influenza (FluMist®) o la vacuna inyectable?			
5. La persona que se va a vacunar, ¿tiene alguna de las siguientes condiciones crónicas tales como el asma, sibilancias activas, diabetes, enfermedades de los pulmones, corazón, riñones, hígado, neuromusculares (tales como convulsiones, parálisis cerebral, etc.) o sanguíneas (tales como la anemia de células palsyckle)?			
6. La persona que se va a vacunar, ¿tiene un sistema inmunológico débil (causado por el VIH, cáncer o toma medicamentos tales como esteroides o aquellos utilizados para el tratamiento del cáncer)?			
7. La persona que se va a vacunar, ¿recibe aspirina de largo plazo o terapias que contengan aspirina?			
8. La persona que se va a vacunar, ¿está embarazada o podría quedar embarazada durante el próximo mes?			
9. La persona que se va a vacunar, ¿Tiene contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico esté comprometido (por ejemplo, alguien que recientemente haya recibido un trasplante de médula ósea)?			
10. La persona que se va a vacunar, ¿ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? Si responde SI por favor anótelas en las siguientes líneas:			
Nombre de la Vacuna:	Mes	Día	Año

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que yo o mis hijos reciban vacunas del Departamento de Salud de la Ciudad y Condado de Oklahoma. Yo entiendo que los riesgos y beneficios de estos servicios se me explicarán y que tendré la oportunidad de hacer preguntas. Yo entiendo que puedo rechazar los servicios en cualquier momento.

Yo, el abajo firmante, por este medio autorizo al Departamento de Salud de la Ciudad y Condado de Oklahoma a liberar información de mi expediente de vacunación a los siguientes: proveedores de cuidado médico, oficiales de salud pública, escuelas, centros de cuidado infantil, y el Departamento de Servicios Humanos.

Yo reconozco que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de la Ciudad y Condado de Oklahoma tal como es requerido por la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud.

Yo, el abajo firmante, autorizo la liberación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar los cobros de Medicare/Medicaid. También solicito que el pago se asigne al Departamento de Salud de la Ciudad y Condado de Oklahoma. Los pacientes de Medicare/Medicaid podrían recibir una carta como parte del procedimiento antifraude de Medicare/Medicaid.

Por favor este consciente que estas cartas no están pidiendo algún pago a los pacientes por los servicios.

Firma del paciente o padre /guardián legal: \_\_\_\_\_ Relación, si es alguien aparte del paciente: \_\_\_\_\_

