Department of Health

PO Box 2000, Charlottetown
Prince Edward Island
Canada C1A 7N8

Nombre [Name]:

Número de la
Tarjeta de Salud [Health #]:

Fecha de nacimiento [DOB]:

Vacuna contra la Influenza Pandémica
Consentimiento y Registro de Inmunización

He leído, o se me ha explicado la información sobre la vacuna contra el H1N1 y entiendo los riesgos, beneficios y efectos secundarios. He tenido la oportunidad de hacer preguntas / expresar mis inquietudes y se me han proporcionado suficientes respuestas . Doy mi consentimiento para que la vacuna contra la pandemia de la gripe H1N1 sea administrada a mí o a mi dependiente.

_____ _____ _____, 2009
Firma (propia o del padre / madre / tutor legal) Relación con el dependiente si es aplicable Date

Declaración sobre Información para la Observación

La siguiente información es recopilada con fines de observación y no será utilizada para identificar a individuos. Un resumen de estadísticas se generará a partir de la información total.

Género [Gender] : **masculino** [male] ☐ **femenino** [female] ☐

Edad [Age] : _____ **años** [years]

(si es menor de un año) [if less than 1 year] _____ **meses** [months]

¿Tiene usted algún problema de salud que requiere visitas regulares al médico? **sí** [yes] ☐ **no** [no] ☐
[Do you have a **health condition** requiring regular visits to doctor?]

¿Está embarazada o pensando en quedar embarazada dentro de un mes? **sí** [yes] ☐ **no** [no] ☐
[Are you **pregnant** or considering becoming pregnant within one month?]

¿Es usted un trabajador de la salud? **sí** [yes] ☐ **no** [no] ☐
[Are you a **Health Care Worker**?]

¿Te identificas como miembro de las Naciones Originarias de Canadá? **sí** [yes] ☐ **no** [no] ☐
[Do you identify as **First Nations**?]

Inspección por parte de la enfermera [Screening by Nurse]

Dose: 1☐ 2 ☐
Type: Adjuvanted ☐ Unadjuvanted ☐

¿Uusted o su dependiente están enfermos o tienen fiebre hoy? **sí** [yes] ☐ **no** [no] ☐
Are you/your dependent sick or do you have a fever today?

¿Tiene conocimiento si es que usted o su dependiente tienen alergias graves, incluida la alergia a los huevos? **sí** [yes] ☐ **no** [no] ☐
Do you/your dependent have any serious allergies, including egg, that you know of?

¿ Usted o sus dependientes han tenido una reacción grave a una dosis previa de vacuna? **sí** [yes] ☐ **no** [no] ☐
Have you or your dependent ever had a serious reaction to a previous dose of vaccine?

¿ Usted os sus dependientes han sufrido del síndrome de Guillain-Barre? **sí** [yes] ☐ **no** [no] ☐
Have you or your dependent ever developed Guillain-Barrè Syndrome?

Lot #_____ Vaccine Dosage (IM): ☐0.5 ml ☐0.25ml

Injection site: ☐deltoid ☐vastus lateralis

Name of person giving vaccine _____ _____
(PRINT) (SIGNATURE)