

**KANE COUNTY HEALTH DEPARTMENT
 CONSENT FORM AND ADMINISTRATION RECORD
 H1N1 Influenza Vaccine 2009**

Please **PRINT** information below about the person receiving the vaccine:

Last Name _____	First Name _____	MI _____
Street Address _____		City _____ State _____
County _____	Zip Code _____	Phone # (____) _____ Age ____ Birth date ____/____/____
Sex ____ Race: White ____ Black or African American ____ American Indian and Alaska Native ____ Asian ____		
Native Hawaiian and Other Pacific Islander ____ Other race ____ Ethnicity: Hispanic or Latino ____ Not Hispanic or Latino ____		

Please answer all the questions below. Indicate with a check mark or circle your answer.

Check all that apply: Health care worker Pregnant Live with or provide care for infant less than 6 months old
 6month-24years old 25-64years old with chronic conditions

1. Did you receive 2009 H1N1 vaccine more than 28 days ago? §	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
If you answer YES a) What H1N1 vaccine did you receive?	<input type="checkbox"/> LAIV (Nasal)	<input type="checkbox"/> IM (Shot)
b) Who provided the H1N1 vaccine?	<input type="checkbox"/> Kane County Health Department	<input type="checkbox"/> Other provider

§CDC recommends children less than 10 years old of age need to receive 2 doses of 2009 H1N1 vaccine separated by at least 4 weeks.

2. Do you currently have fever or serious illness? *	YES	NO
--	-----	----

***If you answer YES, you may not receive H1N1 vaccine today.**

3. Are you allergic to eggs or severe allergy to any component of vaccine? **	YES	NO
4. Have you ever had a serious reaction to a previous dose of Flu vaccine? **	YES	NO
5. Have you had Guillian-Barre syndrome? **	YES	NO

****If you answer YES to ANY of questions 3-5, you will be deferred to your physician.**

6. Are you under 2 years old or older than 49 years old? ***	YES	NO
7. Are you pregnant ***	YES	NO
8. Are you breastfeeding? ***	YES	NO
9. Do you have any chronic condition, asthma/wheezing or immunosuppression from any cause? ***	YES	NO
10. Are you a child or an adolescent receiving long-term aspirin therapy***	YES	NO
11. Do you have close contact with a person whose immune system is so severely compromised that they are either hospitalized or in a protected environment? ***	YES	NO
12. Have you received any live vaccine such as MMR, Chicken pox or seasonal Flu Mist within the last 30 days?***	YES	NO

*****If you answer YES to ANY of questions 6-12, you may not receive H1N1 LAIV (Nasal) vaccine. However, you may receive H1N1 intramuscular (IM) shot**

13. Do you have a bleeding disorder or are you taking anticoagulants (Aspirin/Warfarin /Coumadin)?.	YES	NO
---	-----	----

NOTE: This vaccine does not protect you from Seasonal Flu.

Consent

I have read the H1N1 Influenza Vaccine information sheet and have had my questions answered about the flu and flu vaccine. I understand the benefits and the risks of the influenza H1N1 vaccine and ask that the vaccine be given to me (or the person named above for whom I am authorized to make this request).

Signature _____ Date ____/____/____
(If a minor parent or legal guardian must sign) Relationship to the minor _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY Clinic site _____

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	IM or IN				

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE KANE
FORMA DE CONSENTIMIENTO Y ARCHIVO DE ADMINISTRACION
VACUNA DE INFLUENZA H1N1 2009**

Por favor use **letra de molde** y conteste las siguientes preguntas acerca de la persona que recibe la vacuna:

Apellido _____		Nombre _____	
Dirección _____		Ciudad _____	ESTADO _____
Condado _____	Código Postal _____	# Tel() _____	Edad _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Sexo ____ Raza: Blanco ____ Negro o Africano-Americano ____ Indio Americano o Nativo de Alaska ____ Asiático ____ Nativo de Hawái u Otro Islandés Pacífico ____ Otra raza ____ Etnicidad: Hispano o Latino ____ No Hispano o Latino ____			

Por favor conteste todas las siguientes preguntas. Marque o circule su respuesta. Marque todos los que apliquen:

- Trabajador de Salud Embarazada Vive con o cuida a un bebe con menos de 6 meses de edad
 6 meses-24 años 25-64 años con condición crónica

1. Recibí la vacuna de H1N1 2009 hace mas de 28 días m		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si contesto SI		a) Cual vacuna H1N1 recibió? <input type="checkbox"/> LAIV (Nasal) <input type="checkbox"/> IM (Inyección)	
		b) ¿Quién le proporciono la vacuna H1N1? <input type="checkbox"/> El Departamento de Salud Kane <input type="checkbox"/> Otro proveedor	
§La CDC recomienda que niños con menos de 10 años de edad necesitan recibir 2 dosis de la vacuna H1N1 administrada por lo menos 4 semanas después			
2. Tiene fiebre o alguna enfermedad seria ahora? *		SI	NO
*Si contesto SI, hoy no puede recibir la vacuna H1N1.			

3. Es usted alérgico al huevo o algún componente de la vacuna? **		SI	NO
4. Ha tenido una reacción severa a una vacuna de influenza anteriormente? **		SI	NO
5. Ha tenido el síndrome de Guillan-Barra? **		SI	NO
** Si contesto SI a CUALQUIERS de las preguntas 3-5, tendra que hablar con su medico.			

6. Tiene menos de 2 años o más de 49 años? ***		SI	NO
7. Está embarazada***		SI	NO
8. Esta amamantando?***		SI	NO
9. Tiene alguna condición crónica, asma/resollo o inmunosupresión de cualquier causa?***		SI	NO
10. Esta usted un niño o un adolescente recibiendo terapia a largo plazo de aspirina?***		SI	NO
11. Tiene usted contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico es tan severamente supreso que está internado o en un ambiente protegido? ***		SI	NO
12. Ha recibido alguna vacuna viviente como MMR, Viruela, o rocío nasal de gripe estacional en los último 30 días?***		SI	NO
***Si contesto SI a cualquiera de estas preguntas, usted no puede recibir el rocío nasal H1N1. Usted puede recibir la inyección intramuscular H1N1 (IM)			

13. Tiene algún desorden de sangramiento o toma anticoagulantes? (Aspirina/ Warfarin/Coumadin)..... SI NO

NOTE: Esta vacuna no lo protege contra la gripe estacional.

CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información de la Vacuna de Influenza H1N1 y me han contestado mis preguntas acerca de la gripe y la vacuna para la Gripe. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna de Influenza H1N1 y pido que se me administre (o a la persona mencionada arriba para quien soy autorizado a hacer esta petición).

Firma _____ Fecha _____
(Si es menor de edad, un padre o tutor debe firmar) Relacion al menor _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Clinic Site: _____

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	IM or IN				

