



Forma de Autorización de la Influenza del H1N1 para los niños

Yo he leído la información del virus de la influenza del H1N1 y de la vacuna. Creo que entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna de la influenza de H1N1 y doy autorización para que le administren la vacuna al niño nombrado abajo en esta forma para el cual tengo autorización de hacer esta petición.

INFORMACION DEL NIÑO QUE VA A RECIBIR LA VACUNA:

Nombre y Apellido del niño _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado y Código Postal _____

Fecha de nacimiento del niño _____ Edad del niño _____

¿Su niño tiene alergia al huevo? _____ Sí _____ No

Nombre del Padre/ Guardian: _____

Numero de teléfono del Padre/ Guardian: _____

Yo entiendo y autorizo al Departamento de Salud del Condado de Winnebago para documentar la información en un registro central y así poder monitorear la administración de la vacuna. Y proporcionar registros de rendición de cuentas a la agencia de gobierno apropiada. Todos los registros se mantienen de forma confidencial y de acuerdo con las reglas de HIPPA.

X Firma del Padre /Guardian _____

Una copia de la "Notificación Conjunta de las Practicas de Privacidad" del Departamento de Salud del Condado de Winnebago es disponible en la oficina de la escuela en la que su niño asiste.

Gracias, yo prefiero NO vacunar a mi Niño en este momento.

X Firma del Padre /Guardian _____

For Clinic Use

Immunization #1

DATE _____

Mfgr. _____

Lot # _____ Exp. Date _____

Site of Injection: LA LL RA RL

Immunization #2 (if needed-ages 6mos.- 9 years)

DATE _____

Mfgr. _____

Lot # _____ Exp. Date _____

Site of Injection: LA LL RA RL