

**ESTIMADOS PADRES:**

El Departamento de Salud Weber Morgan tiene el placer de proveer una segunda clinica de inmunizacion para la vacuna de H1N1(gripe porcina) para niños 9 años de edad y menores en la escuela elemental de su niño. **Por favor lea toda la informacion en esta forma.**

- \* **Esta es una vacuna GRATIS.**
- \* **Por favor confirme el horario con esta forma para la fecha y hora que estaremos ofreciendo esta vacuna en la escuela de su niño.**
- \* **Lea por favor y firme la forma de consentimiento abajo(una forma para cada estudiante, favor de escribir claramente).**
- \* **Envie la forma de consentimiento en la fecha especificada de inmunizacion.**
- \* **Solamente niños 9 años de edad y menores necesitan una segunda vacuna de H1N1.**
- \* **Formas adicionales estaran disponibles en cada escuela o pueden ser encontradas en nuestro sitio del web [webermorganhealth.org](http://webermorganhealth.org)**
- \* **El H1N1 rocio intranasal no sera ofrecida en estas clinicas, pero esta disponible en el departamento de salud.**

**FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA LA INMUNIZACION**

**Nombre Legal:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** (M) (F)  
 \_\_\_\_\_  
 Apellido Primer Segundo  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Raza:** \_\_\_\_\_  
 (Favor de verificar esta fecha)  
**Direccion:** \_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Codigo Postal

Consentimiento es dado al Departamento de Salud Weber Morgan para aplicar una vacuna de H1N1 al cliente nombrado arriba. El que firme abajo firme como un cliente o como el representante (e.d. padre) del cliente. He leido la "Hoja Informativa Importante de H1N1" y la "Nota de las Practicas de Privacidad" informacion y he tenido la oportunidad de preguntar cualquiera pregunta que pueda tener. Comprendo que tengo derecho para solicitar una copia de "Nota de las Practicas de Privacidad." Una copia puede ser obtenida en [www.webermorganhealth.org](http://www.webermorganhealth.org). Para mas informacion llame, al 801-399-7252.

Por favor conteste las preguntas siguientes. **(requerido):**

No \_\_\_ Si \_\_\_ Su niño esta enfermo hoy con algo mas severo que catarro?

No \_\_\_ Si \_\_\_ Su niño a tenido una reaction grave con vacunas anteriormente?

Si, favor de explicar \_\_\_\_\_

Firma de padre/guardian \_\_\_\_\_

Nurse's Signature: \_\_\_\_\_ Injection Site: Left Deltoid \_\_\_ Right Deltoid \_\_\_

Manufacturer: Sanofi Pasteur Lot # \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Dose (1) (2)