

Consentimiento para la vacuna novedosa contra la gripe H1N1

A usar únicamente para dar consentimiento para **uno mismo** o para **terceros (en presencia del adulto que preste consentimiento)**

He recibido, leído y comprendido la **Declaración de información sobre la vacuna novedosa contra la gripe H1N1**.
He tenido la posibilidad de hacer preguntas y discutir sobre mis inquietudes con un profesional del cuidado de la salud.

Información sobre la persona que recibe la vacuna (en letra de imprenta, por favor)		
Nombre:	_____	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>
		<i>Inicial del segundo nombre</i>
Fecha de nacimiento:	_____	Sexo: _____
		<i>(M o F)</i>
Núm. de seguro social:	_____	
Dirección:	_____	_____
	<i>Calle</i>	<i>Ciudad</i>
	_____	_____
	<i>País</i>	<i>Estado</i>
Núm. de teléfono:	_____	Núm. de celular: _____

Si da su consentimiento para usted mismo

Yo, _____, (*escriba el nombre en letra de imprenta*), doy mi consentimiento para recibir la vacuna novedosa contra la gripe H1N1.

Nombre en letra de imprenta

Firma

O

Fecha

Si da su consentimiento para un tercero, por ejemplo un hijo menor de edad

Yo, _____, (*escriba en letra de imprenta el nombre del adulto que da su consentimiento*) tengo la siguiente relación con la persona indicada más arriba (*marque la relación que tiene con la otra persona o el hijo menor de edad*).

- | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Orden judicial | <input type="checkbox"/> Tutor legal | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre |
| <input type="checkbox"/> Tía adulta | <input type="checkbox"/> Hermano adulto | <input type="checkbox"/> Hermana adulta | <input type="checkbox"/> Tío adulto |
| <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Padrastro |

Tengo la autoridad legal, basándome en mi relación con la persona indicada más arriba, para dar mi consentimiento para la administración de esta vacuna al niño identificado más arriba.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Para uso oficial solamente

_____	_____	_____
Fecha de vacunación	Tipo de vacunación	Número de lote
_____	_____	_____
Administrada por	Título	