

Renuncia de vacunación de 27 de enero Barrington High School H1N1 de responsabilidad

Nombre del Estudiante/APELLIDO: _____ Grado del Estudiante: _____

Niño debe presentar esta forma en el momento de vacunación o Lo FAX previamente a 847-304-3937.

Exención de Responsabilidad para el Estudiante Participante

Nosotros, los padres de _____, pedimos que nuestro niño(a) ("el estudiante") participe en la clínica de vacunación contra la gripa ("gripa") H1N1 que esta programada en los terrenos del Distrito Escolar de la Comunidad de Barrington 220 ("el Distrito").

Reconocemos y aceptamos que los beneficios y riesgos de la vacuna contra la gripa H1N1 se nos han explicado debidamente, y que la participación del estudiante en la clínica de vacunación contra la gripa H1N1 en la escuela es completamente voluntaria.

Por la presente, y en nuestro pleno juicio y en representación de nosotros mismos y del estudiante, exoneramos completamente de toda responsabilidad en la medida permitida por la ley, al Distrito, incluyendo al Consejo de Educación, Miembros del Consejo, funcionarios, empleados, agentes, sirvientes, contratistas independientes, y voluntarios y sus sucesores y asignados, en su personal y calidad de directivo (colectivamente, "las Indemnizaciones de la escuela"), de cualquier y todos los reclamos, las pérdidas o responsabilidad alguna, incluyendo, pero no limitados a todas las reclamaciones por nosotros o por los estudiantes relativas a las lesiones, incluyendo la muerte, los honorarios de abogados, los costos del Tribunal y de interés, relativos a la participación del estudiante en cualquier de las clínicas de vacunación de la gripa H1N1 en las escuelas. Esta versión libera también y no se limita a, una versión en nombre de nosotros mismos y del estudiante de toda responsabilidad por cualquier y todos los efectos secundarios o reacciones que pueda experimentar el estudiante como resultado de recibir la vacuna de la gripa H1N1.

Nosotros los padres reconocemos a las Indemnizaciones de la Escuela una completa autoridad para tomar cualquier acción que, a su entera discreción, considere justificado bajo las circunstancias en relación con la salud y seguridad del Estudiante. Este reconocimiento de autoridad incluye permitiendo a las Indemnizaciones de la Escuela, en su exclusiva discreción, para colocar al estudiante, a nuestro costo, en un hospital para servicios médicos y tratamientos, o de lo contrario conseguir tratamiento médico para el estudiante, si es que no se estableció contacto de antemano. Las Indemnizaciones de la Escuela están también autorizadas, a su entera discreción, para enviar al Estudiante a casa con la adecuada supervisión para tratamiento medico.

Hemos leído y plenamente comprendido la naturaleza de lo anterior "Exención de Responsabilidad" y de acuerdo y reconociendo que es nuestra renuncia de los derechos bajo la "Exención de Responsabilidad" y sabiendo esto y voluntariamente y es ofrecido en intercambio de un acuerdo con el Distrito para permitir que el Estudiante participe en una clínica de vacunación de la gripa H1N1 en la escuela.

En esta fecha _____ día de _____, 2010.

Firma del Padre/Tutor Legal

Departamento de Salud Pública del Condado de Cook

Consentimiento para nueva vacuna contra la Gripe H1N1

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE RECIBIRÁ LA VACUNA (letra de molde)

Place Client Identification Label Here

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo F ___ M ___
 APELLIDO NOMBRE Inicial segundo nombre Mes / Día / Año

Dirección _____
 CALLE CIUDAD CONDADO ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono (_____) _____ -- _____

Raza: (marcar una): ___NEGRA ___BLANCA ___ASIÁTICA ___OTRA ___SE IGNORA

Origen étnico: (marcar una): ___MEXICANO ___PUERTORRIQUEÑO ___CUBANO ___OTRO HISPANO ___NO HISPANO ___ÁRABE ___OTRO

PARA CADA PREGUNTA coloque un tilde (✓) en el casillero que mejor describe su respuesta.	Sí	No
1. ¿La persona que recibirá la vacuna se aplicó una vacuna contra la Gripe A (H1N1) en los últimos 28 días?		
2. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene sensibilidad/alergia al látex?		
3. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene antecedentes de síndrome de Guillain-Barré?		
4. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene una enfermedad con fiebre u otra infección activa?		
5. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene alergia grave a los huevos, como urticaria o dificultad para respirar?		
6. ¿La persona que recibirá la vacuna ha tenido alguna reacción grave a la vacuna contra la gripe alguna vez?		
7. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene sensibilidad/alergia al timerosal?		
8. ¿La persona que recibirá la vacuna vive con o cuida de un bebé de menos de 6 meses de edad?		
9. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene entre 6 meses y 24 años de edad?		
10. ¿La persona que recibirá la vacuna padece de una afección médica crónica, tal como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), diabetes, enfermedad del riñón, hígado o cardíaca, etc.?		
11. ¿La persona que recibirá la vacuna está embarazada?		
12. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene menos de 24 meses (2 años)?		
13. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene 50 años o más?		
14. ¿La persona que recibirá la vacuna recibió alguna de las siguientes vacunas con virus vivo: contra la Gripe A (H1N1), FluMist, MMR (sarampión, paperas, rubéola) o Varicela (chicken pox) en los últimos 28 días?		
15. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene un sistema inmunológico debilitado (por ejemplo, cáncer, linfoma, leucemia, VIH/SIDA, Lupus, etc.) que le hace más susceptible a contraer una infección?		
16. ¿La persona que recibirá la vacuna recibe alguna terapia que contenga aspirina?		
17. ¿La persona que recibirá la vacuna padece de una enfermedad muscular o neurológica activa, tal como parálisis cerebral, que puede causar problemas de respiración o deglución?		
18. ¿La persona que recibirá la vacuna es alérgica a la gentamicina, gelatina o arginina?		
19. ¿La persona que recibirá la vacuna habrá tomado medicamentos antivirales dentro de las 48 horas previas a la vacunación?		
20. ¿La persona que recibirá la vacuna está en contacto cercano con una persona que tiene un sistema inmunológico debilitado que requiere atención en un ambiente protegido, tal como una unidad de trasplante de médula ósea?		

He leído las Declaraciones informativas sobre la vacuna (VIS, por sus siglas en inglés) tanto para la Vacuna Viva Atenuada contra la Gripe A (H1N1) y la Vacuna Inactivada contra la Gripe A (H1N1) o me han explicado la información acerca de estas vacunas. He tenido la posibilidad de hacer preguntas, las cuales me fueron respondidas satisfactoriamente, y creo entender los beneficios y riesgos de la vacuna contra la Gripe A (H1N1). Entiendo que la persona a cargo de aplicar la vacuna determinará el tipo de vacuna contra la Gripe A (H1N1) que se aplicará según mis respuestas a las preguntas anteriores. Autorizo y solicito que se me aplique la vacuna o que se le aplique a la persona indicada en este formulario respecto de la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud y también autorizo al Departamento de Salud Pública del Condado de Cook (CCDPH) y a la escuela o guardería donde se aplica la vacuna a conservar un registro de esta vacunación y, asimismo, autorizo a estas entidades a entregarle este formulario al CCDPH, para su uso tal y como lo permite la ley correspondiente. Acuso recibo de un Aviso de Prácticas de Privacidad de CCDPH.

Nombre en letra de MOLDE _____ Relación con la persona _____ Soy esa persona
 _____ vacunada: (marcar una) _____ Padre/Tutor
 _____ Otra _____

Firma de la persona que recibirá la vacuna o persona autorizada a solicitarla en su nombre:

X _____ Fecha: _____

PARA USO CLÍNICO EXCLUSIVAMENTE

Comments: _____

Date Vaccinated	VIS Date	Manufacturer and Lot #	Site of Administration		Signature of Vaccine Administrator
			IN=Intranasal LD=Left deltoid LT=Left thigh	RD=Right deltoid RT=Right thigh	