

Okeechobee County Health Department
1728 NW 9th Avenue P. O. Box 1879 Okeechobee, FL 34973
(863-462-5819)

Fill in the Grey areas only PLEASE PRINT

To be used only when consenting for **self** or for **other (when consenting adult is present)**

Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____
 Date of Birth: _____ Age: _____ Race: _____ Male Female
 Address (Street): _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
 Phone #: _____ Social Security #: _____ - _____ - _____

Please answer the following questions:

Are you a minor? (Parent or guardian must sign below if under 18 years of age)		YES	NO		
Are you allergic to eggs, egg products or Thimeresol?	YES	NO	Are you pregnant?	YES	NO
Have you ever had a severe reaction to any vaccines?	YES	NO	Do you live with or care for an infant 6 months or less?	YES	NO
Do you have any neurological disorders such as Guillain-Barré Syndrome or MS?	YES	NO	Are you 6 months to 24 years of age?	YES	NO
Do you have a cold, fever, or other active illness?	YES	NO	Are you a health-care worker or emergency medical services personnel?	YES	NO
			Are you aged 25-64 years and have medical conditions that put you at high risk for complications from influenza?	YES	NO

I have read or have had explained to me the Vaccine Information Statement about Novel H1N1 influenza vaccine. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of H1N1 influenza vaccine and request that the vaccine be given to me or to the patient named above for which I am authorized to make this request.

If consenting for another, e.g. minor child

I, _____, (please print name of consenting adult) have the following relationship with the person named above (please circle relationship to other person or minor child).

Court Order Legal Guardian Father Mother Adult Aunt Adult Brother Adult Sister
 Adult Uncle Grandfather Grandmother Stepmother Stepfather

I have the legal authority, based on my relationship to the person indicated above, to consent to this vaccine administration for the child identified above.

I do hereby consent to Okeechobee County Health Department, located at 1728 NW 9th Avenue, Okeechobee, FL 34943 and any physician or health care provider or authorized agent, examining or treating me to use or disclose protected health information for treatment, payment or health care operations including release to any third party payer, any medical, psychiatric/psychological, alcohol/drug abuse, sexually transmitted diseases, tuberculosis, AIDS, HIV or case management information, including any information received from other health care providers, concerning diagnosis and treatment for its use in determining claim for such diagnosis or treatment. This may include any and all information pertaining to payment.

BY MY SIGNATURE BELOW I ACKNOWLEDGE THE ABOVE AND RECEIPT OF THE NOTICE OF PRIVACY RIGHTS

X _____ DATE: _____
 Signature of person to receive vaccine or person authorized to make request

 Witness DATE: _____

Dose 1 MFG: _____ **Lot # :** _____ **Exp date:** _____ **Inj site:** _____ **Route:** _____ **Date next dose due** _____
 (ONLY Children under 10 years)
Dose 2 MFG: _____ **Lot # :** _____ **Exp date:** _____ **Inj site:** _____ **Route:** _____ **Date of last dose** _____
 (ONLY Children under 10 years)

 Title: _____ Date: _____
Signature of representative who administered vaccine

Okeechobee County Health Department
1728 NW 9th Avenue P. O. Box 1879 Okeechobee, FL 34973
(863-462-5819)

Escriba solo en la area gris

Por favor escriba en letra molde

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Raza: _____ Masculino Femenino
 Dirección (Calle): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono #: _____ Seguro Social #: _____ - _____ - _____

Conteste las siguientes preguntas:

Es usted un menor de edad?(Si es menor de 18 años, padre o guardian debe firmar abajo)		Si	NO		
Es alérgico a huevos o productos hechos con huevos?	Si	NO	Está embarazada?		
			Si	NO	
			Cuida o vive con un infante de 6 meses o menos?	Si	NO
Ha tenido alguna reacción grave con alguna vacuna?	Si	NO	Esta entre la edad de 6 meses a 24 años?	Si	NO
Sufre de trastornos neurológicos síndrome de Guillain-Barré o como el Esclerosis Múltiple?	Si	NO	Es usted un profesional de la salud o parte del personal de servicios de emergencias	Si	NO
Tiene usted ahora catarro, fiebre, u otra enfermedad?	Si	NO	Esta entre la edad de 25 a 64 años y sufre de condiciones médicas que lo exponen a complicaciones provenientes de la influenza	Si	NO

He leído o se me ha explicado la Declaración de Información de Vacunas sobre la nueva vacuna contra la gripe H1N1. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza H1N1 y pido que se me administre la vacuna o al paciente en cuestión para la cual estoy autorizado para hacer esta petición.

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).

Orden judicial Tutor legal Padre Madre Tía adulta Hermano adulto Hermana adulta Tío adulto
 Abuelo Abuela Madrastra 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.

Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Okeechobee, ubicado en 1728 NW 9th Avenue, Okeechobee, FL 34973 y cualquier médico o profesional de la salud o su agente autorizado, que me examine o me provea tratamiento para usar o revelar información médica confidencial para tratamiento, pago u operaciones de atención médica incluyendo la divulgación a cualquier tercer pagador servicios médicos, cualquier médico, psiquiátrico o psicológico, abuso de alcohol / drogas, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, SIDA, VIH o la información de gestión de casos, incluyendo cualquier información recibida de otros proveedores de salud , diagnóstico y tratamiento de las relativas a su uso en la determinación de reclamar para el diagnóstico o tratamiento. Esto puede incluir cualquier y toda la información relativa al pago.

CON MI FIRMA RECONOZCO HABER LEIDO EL TESTAMENTO ANTERIOR Y LA NOTA DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

X _____ Fecha: _____
 Firma de la persona recibiendo la vacuna o persona autorizada a hacer la petición

_____ Fecha: _____
 Testigo

Dose 1 MFG: _____ **Lot # :** _____ **Exp date:** _____ **Inj site:** _____ **Route:** _____ **Date next dose due** _____
 (ONLY Children under 10 years)
Dose 2 MFG: _____ **Lot # :** _____ **Exp date:** _____ **Inj site:** _____ **Route:** _____ **Date of last dose** _____
 (ONLY Children under 10 years)

_____ **Title:** _____ **Date:** _____
Signature of representative who administered vaccine