



St. Joseph County Health Department

“Promoviendo la salud física y mental y facilitando la prevención de enfermedades, lesiones y discapacidades para todos los residentes de St. Joseph County”

CONSENTIMIENTO PARA VACUNA DE INFLUENZA H1N1

*****P OR FAVOR USE LETRA DE MOLDE*****

PRIMER NOMBRE _____

APELLIDO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO _____

CIUDAD _____ **CODIGO** _____

MARQUE LA CATEGORIA QUE APLIQUE:

___ **EMBARAZO**

___ **CONTACTO EN CASA /CUIDADOR DE NIÑOS
MENOS DE 6 MESES DE EDAD**

___ **CUIDADO DE SALUD Y PERSONAL DE EMERGENCIA**

___ **GENTE DE 6 MESES A 24 AÑOS DE EDAD**

___ **PERSONAS DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD QUE TENGAN
CONDICIONES DE SALUD ASOCIADAS CON COMPLICACIONES
MEDICAS DE LA INFLUENZA**

___ **PUBLICO GENERAL**

FIRMA _____ FECHA _____