

**Gripe Hospitalización en El Proyecto de Vigilancia Formulario de Consentimiento  
(Para paciente, apoderado, para los padres/guardián entrevista SOLAMENTE)**

**Formulario de Consentimiento Verbal**

Hola. Mi nombre es \_\_\_\_\_, trabajo con el departamento de Salud Pública del estado de \_\_\_\_\_. ¿Puedo hablar con [nombre del paciente /uno de los padres de [nombre de niño/a]]? Estamos trabajando con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y otros departamentos de salud para aprender más acerca de la gripe. Para hacer esto, estamos hablando con gente que ha estado en el hospital con la gripe. Deseamos averiguar más sobre las cosas que pueden afectar la enfermedad, incluyendo las medicinas que toma, y si usted fue vacunado contra la gripe.

Ya que usted/ su hijo/a (o nombre de la persona si es un apoderado) estuvo en el hospital con la gripe desde (fecha de hospitalización), me gustaría hacerle algunas preguntas sobre si usted/su hijo/a [o nombre de la persona si es un apoderado] ha recibido la vacuna contra la gripe durante esa temporada. Estas preguntas tomarán aproximadamente cinco minutos. Su participación es voluntaria y si usted decide negarse no afectará ninguna atención médica o beneficios que usted recibe. Todas sus respuestas se mantendrán confidencialmente en la medida que lo dispone la ley. Usted puede negarse responder a cualquier pregunta y parar en cualquier momento. Ésta información ayudará al Departamento de Salud Pública y CDC a describir hospitalizaciones asociadas con la influenza. Además, esta información puede ayudarnos a mejorar las recomendaciones para vacunaciones contra la influenza y a proteger la salud de la población. No hay otro beneficio para usted por contestar estas preguntas. Tampoco hay riesgo alguno para usted. Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, puede ponerse en contacto con el Dr. [contacto en el estado] en el Departamento de Salud Pública al teléfono (xxx) xxx-xxxx. ¿Tiene usted alguna pregunta antes que comience?

¿Puedo seguir con la entrevista?  Si  No [If YES (Si), go to Appendix F.]

If NO: Muchas gracias por su tiempo. Que tenga un buen día.

Name of person obtaining verbal consent: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Influenza Hospitalization Surveillance Project Case and Proxy Identifying Information**

Patient Last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_ Initial: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Proxy Last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_ Initial: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Relationship to case patient \_\_\_\_\_

**Note to collaborators: This is for your records only. Do not send this information to CDC. Keep this information in a secure locked place.**