



## Cuestionario de contraindicaciones para la vacuna inyectable contra la gripe

Para pacientes adultos y para los padres de niños a los que se van a vacunar: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no deberíamos aplicar hoy la vacuna inyectable contra la influenza (la gripe) a usted o a su hijo. Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerles más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	Sí	No	No Sabe
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a los huevos o a algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario llenado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(mes) (día) (año)

Formulari revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(mes) (día) (año)

**FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE)**

Vaccine	Date 1st Dose Administered	Date 2nd Dose Administered	Route/Site		Staff Signature	Vaccine Manufacturer	Lot Number/ Exp Date
			1st Dose	2nd Dose			
Injectable Influenza			IM <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	IM <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L		Sanofi	
			<input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg	<input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg		GSK	
Hi Dose			IM <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	IM <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L		Sanofi	
			<input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg	<input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Leg			

Vaccine	Description	✓
90662	Flu vaccine, prsv. free incl antig. high does 0.5ml age 65 + older	<input type="checkbox"/>
90685	Flu vaccine, quadrivalent split virus, preservat, .25 for 6 mos - 35 mos	<input type="checkbox"/>
90686	Flu vaccine, no prsv 4 val .5ml for 3yrs and older	<input type="checkbox"/>
90688	Flu vaccine, 4 val multidose vial for ages 6 mos. and older	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>