

Cuestionario antes de tomar la inyección de la vacuna contra la gripa 2014

For office use only
Employee _____
Paid _____
Date _____
Initial _____

Información de la persona que va a recibir la vacuna. (Escriba claramente)					
Apellido	Primer	Inicial de 2º nombre	Fec. de Naci.	Edad	
Dirección:	Calle	Ciudad	Condado	Estado	Zip

- | | Sí | No | No lo sé |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

Yo he leído o alguien me ha explicado la información sobre la gripa y la vacuna contra la gripa.
 Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo completamente las respuestas.
 Yo creo que entiendo bien los beneficios y los riesgos de la inyección de la vacuna contra la gripa y todavía quiero recibir, o quiero que la persona para quien yo llevo la autorización, reciba la vacuna.

Cuestionario completado do: _____ **Fecha:** _____

Cuestionario revisado de: _____ **Fecha:** _____

+++++ **Sólo para el uso del Departamento de Salud** +++++

Date Vaccine Administered _____ - _____ - 2014

Vaccine Manufacturer: _____ Fluarix-Quad

Vaccine Lot Number: _____ 2A2KX

Site of Injection: _____ LD RD

Signature of Vaccine Administrator: _____