



**Influenza Vaccination 2024/2025**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Para los pacientes (niños y adultos) que van a ser vacunados: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si existe alguna razón por la cual no le debemos dar a usted o a su hijo(a) una vacuna inyectable contra la influenza inactivada hoy. Si contesta "sí" a cualquier pregunta, no necesariamente significa que usted (o su hijo(a)) no debe ser vacunado. Sólo significa que se necesitan hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no es clara, por favor pida a su proveedor de cuidados de salud que le explique.	SI	NO	No Se
1. ¿La persona que va a ser vacunada está enferma hoy?			
2. ¿La persona que va a ser vacunada tiene una alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna?			
3. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez una reacción severa a la vacuna contra la influenza en el pasado?			
4. ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?			

**Formulario completado por:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Site:	Right	Left	Deltoid/Thigh
VIS DATE: 8/6/2021			

**Brand:** \_\_\_\_\_

**Lot:** \_\_\_\_\_

**Exp:** \_\_\_\_\_

MNVFC (18yrs or younger) \_\_\_yes \_\_\_no

Entered in CERNER/MIIC \_\_\_\_\_

Nurse Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_