



## 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 debamos 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

Brand:

Lot:

Exp:

VIS DATE: 8/6/2021

MNVFC (18yrs or younger) yes \_\_\_\_ no \_\_\_\_

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

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