

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 (mes) (día) (año)

Cuestionario de selección 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: _____

Formulario revisado por: _____ Fecha: _____

Nombre completo del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento para recibir la Vacuna Contra Influenza

He leído la hoja de administración de la vacuna (07/26/11), o me han explicado la información. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Yo, por este medio reconozco que he sido informado de los posibles riesgos, efectos secundarios y reacciones adversas, incluyendo pero que no se limita a, el síndrome de Guillain-Barré, asociados con el uso de la vacuna de la influenza.

Entiendo que la vacuna de esta estación es una combinación de la influenza A/H1N1 (pandémica) y otras dos influencias virus-influenza A/H3N2 e influenza B.

Entiendo los beneficios y riesgos de no tomar la vacuna y pido que la vacuna sea administrada a mi hijo(a).

He completado el cuestionario de detección para la vacuna de la influenza para los **Inyectables / Intranasal** (por favor circule) y estas precauciones especiales no se aplican a mí.

Yo, por lo tanto, libero a **Cabarrus Pediatrics** de toda responsabilidad por las posibles complicaciones.

Estoy de acuerdo con esperar en la oficina por un período de 15 minutos después de la inyección en caso que tenga algunos efectos secundarios inmediatos.

Firma de Paciente (o Representante Legal): _____ Fecha: _____

Administrada por: _____ Fecha: _____

Fabricante: _____ # Lote: _____

Sitio: _____ Dosis: _____ Fecha de Caducidad: _____

Tolerada: _____ Bien, no se reportaron problemas
_____ No bien, el proveedor fue notificado