



VACUNA CONTRA LA INFLUENZA 2024-2025



Círculo Uno:

Facultad/empleado

Estudiante

Visitante

| | | | |
|---|----------------|-----------------------------|-----------------------|
| Información sobre la persona que va a recibir la vacuna <i>(Letra de imprenta en tinta azul o negra)</i> | | | |
| Nombre: Apellido, Primero, Nicial | | Fecha de nacimiento: | Edad: |
| Identificación de la universidad # | | Teléfono: | |
| Dirección (Calle): | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Firma de la persona que va a recibir la vacuna o de la persona autorizada para realizar la solicitud. <i>(Padre o tutor si es menor de 18 años).</i> | | | |
| X _____ | | Fecha: _____ | |

Responda las siguientes preguntas, explique si la respuesta es "Sí"

1. ¿Estás enfermo hoy o tienes fiebre?

NO SÍ _____

2. ¿Alguna vez se ha sentido mareado o se ha desmayado antes, durante o después de una inyección?

NO SÍ _____

3. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, huevos/productos de huevo, un componente de la vacuna, látex o timerosal (conservante)?

NO SÍ _____

6. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?

NO SÍ _____

7. ¿Alguna vez has tenido el síndrome de Guillain-Barré?

NO SÍ _____

8. ¿Ha tenido algún trastorno en el último mes que le haya causado daño cerebral o nervioso, como accidente cerebrovascular o convulsiones?

NO SÍ _____

9. ¿Existe la posibilidad de embarazo?

NO SÍ _____

10. ¿Ya se vacunó contra la influenza esta temporada de influenza (octubre – mayo)?

NO SÍ _____

11. ¿Estás ansioso por vacunarte hoy?

NO SÍ _____

Administration Site (Circle one):

Left Arm

Right Arm

Vaccine (Circle one):

Fluarix

High Dose FLuzone

Flublok

Lot#: _____

Exp. Date: _____