



VACUNA DE LA INFLUENZA 2023-2024



Circule Uno:

Facultad/Personal

Estudiante

Visitante

| | | | |
|---|---------------|----------------------------|-----------------|
| Information about the person to receive the vaccine (Print in blue or black ink) | | | |
| Apellido Nombre: | | Fecha de nacimiento | Edad |
| Número de Identificación Universitario | | Telefono | |
| Dirección calle | Ciudad | Estado | Zip code |
| Firma de la persona que recibe la vacuna o de una autorizada para pedirlo (padre o guardián si es menor de 18 años de edad). | | | |
| X _____ | | Date _____ | |

Por favor conteste las siguientes pregunta y si respuesta es SÍ por favor explique

1. ¿Está enfermo/a ahora? ¿Tiene fiebre?

NO SÍ _____

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

NO SÍ _____

3. ¿Es alérgico/a los huevos o derivados?

NO SÍ _____

4. ¿Es alérgico/a algún medicamento o a Thimerosal (preservative)?

NO SÍ _____

5. ¿Es sensitivo/a o alergico/o al latex?

NO SÍ _____

6. ¿Ha tenido una reacción adversa o desfavorable a alguna vacuna?

NO SÍ _____

7. ¿Ha tenido alguna vez el síndrome Guillain-Barre?

NO SÍ _____

8. ¿Ha tenido algún desorden en el último mes que le causó daño cerebral o neurológico, tal como un infarto o convulsión ?

NO SÍ _____

9. ¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? NO SÍ _____

10. ¿Ha recibido la vacuna contra la influenza en esta temporada? (de Octubre a Mayo)

NO SÍ _____

11. ¿Ha recibido la vacuna de MonkeyPox en las últimas 4 semanas? NO SÍ (si dijo si cual brazo) _____

(If Yes/Si, administer in a different anatomical site). Flu Shot Administered (Site): _____

Vaccine: _____ Lot# _____ Exp. Date: _____