



# VACUNA DE LA INFLUENZA 2023-2024



Circule Uno:

Facultad/Personal

Estudiante

Visitante

<b>Information about the person to receive the vaccine (Print in blue or black ink)</b>			
<b>Apellido Nombre:</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Edad</b>
<b>Número de Identificación Universitario</b>		<b>Telefono</b>	
<b>Dirección calle</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Zip code</b>
<b>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).</b>			
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: \_\_\_\_\_