



VACUNA DE LA INFLUENZA 2022-2023



Circule Uno: Facultad/Personal Estudiante Visitante

Information about the person to receive the vaccine <i>(Print in blue or black ink)</i>			
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?
 - a. NO YES
2. ¿Tiene fiebre?
 - a. NO YES
3. ¿Es alérgico/a los huevos o derivados?
 - a. NO YES
4. ¿Es alérgico/a algún medicamento o a Thimerosal (preservative)?
 - a. NO YES
5. ¿Es sensitivo/a o alergico/o al latex?
 - a. NO YES
6. ¿Ha tenido una reacción adversa o desfavorable a alguna vacuna ?
 - a. NO YES
7. ¿Ha tenido alguna vez el síndrome Guillain-Barre?
 - a. NO YES
8. ¿Ha tenido algún desorden en el último mes que le causó daño cerebral o neurológico, tal como un infarto o convulsión ?
 - a. NO YES
9. ¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada?
 - a. NO YES