

# University Health Center

## VACUNA DE LA GRIPE

### 2018-2019

Circule Uno:    *Facultad/Personal*    *Estudiante*    *Visitante*    *HWP*

**Por favor conteste las siguientes preguntas:**

**Explique:**

- |                                                                                                                              |    |    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|--|
| 1. ¿Está enfermo/a ahora?                                                                                                    | No | Sí |  |
| 2. ¿Tiene fiebre?                                                                                                            | No | Sí |  |
| 3. ¿Es alérgico/a a los huevos o derivados?                                                                                  | No | Sí |  |
| 4. ¿Es alérgico/a a algún medicamento o a Thimerosal?                                                                        | No | Sí |  |
| 5. ¿Es sensitivo/a o alérgico/a al látex?                                                                                    | No | Sí |  |
| 6. ¿Ha tenido una reacción adversa or 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<br>daño cerebral o neurológico, tal como un infarto o convulsión? | No | Sí |  |
| 9. ¿Hay alguna posibilidad de embarazo?                                                                                      | No | Sí |  |

Información de la persona que recibe la vacuna					
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Edad		
Número de Identificación Universitario			Teléfono		
Dirección:	Calle	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Firma de la persona que recibe la vacuna o de una autorizada para pedirlo (padre o guardián si menor de 18 años de edad):					
X _____			Fecha: _____		

### Sólo Para Uso De Oficina

**Date Vaccine Administered:** \_\_\_\_\_ **Clinic:** University Health Center, University of Maryland

**Vaccine Manufacturer:** GSK                      **Vaccine Lot Number:**      **EXP:**                      **Injector Site:** L R deltoid

**Vaccine Manufacturer:** SANOFI                      **Vaccine Lot Number:**      **EXP:**

**Vaccine Manufacturer:** GSK or SANOFI      **Vaccine Lot Number:** \_\_\_\_\_      **EXP:** \_\_\_\_\_

**Administrator Signature**                      \_\_\_\_\_                      **RN:** \_\_\_\_\_