



Salud Pública del Condado de Del Norte

Lista de verificación de detección de contraindicaciones para la vacunación contra la influenza

Marque las respuestas a las siguientes preguntas para la persona que está recibiendo la vacuna contra la influenza. Los padres o tutores deben responder a las preguntas en nombre de los menores de 0 a 17 años.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CUALQUIER APODO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE: _____

Para los pacientes (tanto niños como adultos) que deben vacunarse: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debemos vacunarnos a usted o su hijo hoy.

	Si	No	No Se
1. ¿Está enferma la persona que se va a vacunar hoy?	☐	☐	☐
2. ¿Alergia previa a un componente de la vacuna?	☐	☐	☐
3. ¿Ha tenido una reacción grave previa a la vacuna contra la influenza?	☐	☐	☐
4. ¿La persona que se va a vacunar tiene algún problema de salud a largo plazo, como enfermedad pulmonar (incluido asma), enfermedad cardíaca, enfermedad renal, enfermedad neurológica, enfermedad hepática o enfermedad metabólica (incluida diabetes) o inmunodeprimido?	☐	☐	☐
5. ¿La persona que se va a vacunar ha recibido una vacuna contra el herpes zóster, el sarampión (MMR) o la varicela en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐
6. ¿La persona que se va a vacunar vive o espera tener contacto cercano con alguien con un sistema inmunológico severamente debilitado?	☐	☐	☐
7. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	☐	☐	☐

Su vacunación se ingresará en nuestra base de datos de inmunizaciones para el seguimiento del inventario y la vigilancia de la salud pública. Lea la declaración de divulgación de CAIR para obtener más información. Revise también la Declaración de información sobre la vacuna contra la influenza y haga cualquier pregunta que pueda tener sobre la vacuna contra la influenza.

FORMULARIO COMPLETADO POR: _____ **FECHA:** _____

FOR MEDICAL STAFF USE ONLY	
Clinic Site:	Vaccine:
Clinic Date:	Lot Number:
Nurse Initials:	Expiration Date:
Route and Site: ☐ Nasal ☐ Injected Left Arm ☐ Injected Right Arm ☐ Injected Other:	
FORM REVIEWED BY: _____ DATE: _____	