Cuestionario de contraindicaciones para la vacuna inyectable contra la gripe

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____
mes día año

Para pacientes adultos y para los padres de niños a los que se van a vacunar: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no deberíamos aplicar hoy la vacuna inyectable contra la influenza (la gripe) a usted o a su hijo. Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerles más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	sí	no	no sabé
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?	☐	☐	☐
2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a algún componente de la vacuna?	☐	☐	☐
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?	☐	☐	☐
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	☐	☐	☐

FORMULARIO LLENADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____

immunization action coalition
IAC
immunize.org

Saint Paul, Minnesota ▪ 651-647-9009 ▪ www.immunize.org ▪ www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4066-01.pdf ▪ Item #P4066-01 (9/16)