

# Cuestionario de Selección Para La Vacuna Inyectable Contra La Gripe 2011-12

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Favor de contestar las siguientes preguntas, con respect a usted mismo. Si alguna pregunta no está clara, pida a su medico o enfermera que se la explique.

¿Esta es la primera vez que el niño recibe la vacuna contra la gripe? NO    SÍ

¿Es esta es la segunda contra la gripe estacional en esta temporada? NO    SÍ

He recibido el boletín de información de vacunas y entiendo los beneficios y riesgos de la vacunación. Solicito que la vacuna se dé a la persona nombrada anteriormente, por quien soy autorizadalo a firmar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y que tales preguntas fueron contestadas a mi satisfacción.

		Sí	No	No Sabe
1	¿Está enfermo hoy?			
2	¿Es alérgico a los huevos o a algún componente de la vacuna?			
3	¿Tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la Influenza (gripe)?			
4	¿Tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?			
5	¿Este niño recibió la vacuna contra la gripe H1N1 el año pasado?			

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

---

Office Use

- VIS given to parent.
- Screen reviewed.
- Receipt given.
- 0.25 ml (6m-35m) IM thigh**    Right    Left    By: \_\_\_\_\_
- 2nd vaccine card given for 4 wks     N/A
- Billed    By: \_\_\_\_\_