

**SEMC – REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA
2023-2024**

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna. Por favor, en letra imprenta

Apellido _____	Nombre _____	Inic. seg. nombre _____
Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____ Código postal _____
Fecha de nac. _____	Edad _____	Número de teléfono: _____
Médico de familia: _____	Iniciales del enfermero _____	
Alergias _____	Clínica principal: _____	

Por favor, responde a las siguientes preguntas

1. ¿Tiene 65 años o más? Sí No
- Los pacientes de 65 años o más recibirán la dosis alta de Fluzone*
2. ¿Es alérgico a los huevos o productos de huevo? Sí No
 3. ¿Es alérgico al timerosal (un conservante)? Sí No
 3. ¿Alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré? Sí No
 4. ¿Ha estado enfermo o ha tenido fiebre en las últimas 48 horas? Sí No
 5. ¿Se ha vacunado contra la gripe antes? Sí No
 - En caso afirmativo, ¿tuvo alguna reacción a la vacuna contra la gripe? Sí No
 - B. En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los síntomas? _____
 - C. ¿Los síntomas ocurrieron hace cuántos años? _____
 7. Si es mujer, ¿está embarazada? Sí No
 8. Si tiene entre 50 y 64 años, Flublok es la vacuna recomendada.
¿Acepta la recomendación de FLUBLOK? Sí No

Si ha recibido quimioterapia, radioterapia o esteroides recientemente (excepto inhalados), estas afecciones pueden disminuir la efectividad de la vacuna. Sin embargo, a menos que su médico le haya dicho algo diferente, aún se recomienda la vacunación contra la influenza.

He leído o me han explicado la Declaración de información de la vacuna de la influenza y sobre la vacuna contra la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza y pido que me la administren.

Sleepy Eye Medical Center conservará este registro.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Solo para uso administrativo:		
Fecha de administración/VIS administrada: ____/____/____		Fecha de VIS: 8/6/2021
Lote n.º:	Fab.: CSL MED SKB NOV PMC PSC	Código CPT: 90662: Dosis alta de Fluzone para mayores de 65 años (PMC) 90682: FluBlok 18 años o más 90686: Fluarix-Quad 6 meses o más (GSK) 90672: Flu Mist de 2 a 49 años (MED) Otro:
Vía:	Lugar:	Nombre y cargo de la persona que administra la vacuna:

