

**SEMC – REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA
2025-2026**

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

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, responda a las siguientes preguntas

1. ¿Tiene 65 años o más o un receptor de trasplante de órgano? 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
 4. ¿Alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré? Sí No
 5. ¿Ha estado enfermo o ha tenido fiebre en las últimas 48 horas? Sí No
 6. ¿Se ha vacunado contra la gripe antes?
 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: 1/31/2025
Lote n.º: Lote n.º: Lote n.º: Lote n.º:	Fab.: CSL MED SKB NOV PMC PSC	Código CPT: 90662: Dosis alta de Fluzone para mayores de 65 años (PMC) 90673: FluBlok 18 años o más 90656: Fluarix-Trivalent 6 meses o más (GSK) 90660: Flu Mist de 2 a 49 años (MED) Otro:
Vía:	Lugar:	Nombre y cargo de la persona que administra la vacuna:

