

**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 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, responda a las siguientes preguntas**

1. ¿Tiene 65 años o más o un receptora 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 ☐

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:** \_\_\_\_\_

<b>Solo para uso administrativo:</b>		
Fecha de administración/VIS administrada: ____/____/____		Fecha de VIS: 1/31/2025
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:

