

Lista de detección de contraindicaciones de la vacuna antigripal inactiva inyectable

Para pacientes (menores y adultos) que van a vacunarse: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debemos darle hoy a usted o a su hijo la vacuna antigripal inactivada inyectable. Si responde “sí” a alguna de las preguntas, eso no significa necesariamente que usted (o su hijo) no deberían recibir la vacuna. Tan solo significa que le tenemos que hacerle más preguntas. Si una pregunta no es lo bastante clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Sí	No	No sé
1. ¿Se siente hoy enfermo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alguna alergia grave a los huevos o a algún componente de la vacuna antigripal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a la vacuna antigripal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha padecido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha recibido algún tratamiento contra el cáncer o un trasplante de médula ósea o células madre en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CLINIC USE ONLY						
Mfr.	Vaccine	Dose	Site	Location	VIS Date	Lot # / Exp. Date
Private Vaccines						
	(≥6m)	0.5 mL	Deltoid Vastus Lateralis	R L	08/06/2021	Place vaccine sticker below OR fill in:
	(≥65yr)	0.7 mL	Deltoid Vastus Lateralis	R L	08/06/2021	
	(≥18yr)	0.5 mL	Deltoid Vastus Lateralis	R L	08/06/2021	
VFC Vaccines						
	(≥6m)	0.5 mL	Deltoid Vastus Lateralis	R L	08/06/2021	Lot # _____
	(≥6m)	0.5 mL	Deltoid Vastus Lateralis	R L	08/06/2021	Exp. Date _____
	(≥6m)	0.5 mL	Deltoid Vastus Lateralis	R L	08/06/2021	

Administered by _____ / _____ / _____
Name (print)
Signature
Today's Date & Time