

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si puede vacunarse contra la gripe estacional el día de hoy. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuál es la vacuna correcta para usted.

	Si	No	No Saber
¿Le han administrado alguna vacuna (no solo contra la gripe) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha de administración: _____			
¿Tiene un problema de salud a largo plazo, como enfermedad cardiaca, pulmonar, renal, neurológica o neuromuscular, de hígado, metabólica (por ejemplo, Diabetes), o anemia u otro trastorno de la sangre?			
¿Está en tratamiento a largo plazo con aspirina o tratamiento que contiene aspirina? (Por ejemplo, ¿toma aspirina todos los días?)			
¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o cualquier otra enfermedad del sistema inmune; o durante los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que debilitan el sistema inmune, como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer o ha estado en tratamientos de radiación?			
¿Está embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes?			
¿Vive usted con o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmune está comprometido severamente y quien debe estar en aislamiento por protección (como, en una habitación de aislamiento en una unidad de trasplante de médula ósea)?			
¿Está tomando medicamentos antivirales?			
¿Se siente mal el día de hoy?			
¿Le han administrado la vacuna contra la gripe anteriormente?			
¿Ha tenido alguna reacción a cualquier vacuna en el pasado?			
¿Tiene alergia al huevo, productos derivados del huevo, pollo, plumas o al tiomersal?			
¿Tiene alergias? Mencíónelas:			
¿Ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa temporal)?			

Leí o me explicaron la hoja de información sobre la vacuna correspondiente de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades donde se explican los riesgos y beneficios de la vacuna que recibiré. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Como padre/tutor del paciente menor mencionado anteriormente, por la presente doy mi consentimiento para que el personal de Western Sierra Medical Clinic administre una vacuna contra la influenza que contiene las cepas recomendadas por el Centro de Control y prevención de Enfermedades (www.cdc.gov/flu/season/faq-flu-season-2021-2022).

Firma de Padres/Tutor: _____ Fecha: _____

Western Sierra Medical Clinic debe llenar el siguiente espacio

Patient Name:		DOB:	
Western Sierra Medical Clinic		Date Vaccinated:	Injection given by:
Lot:		Exp:	Site:
<input type="checkbox"/> Private Insurance	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Self-pay	<input type="checkbox"/> Other