

Put ID sticker
HERE

Cuestionario de selección para la Vacuna Intranasal contra la Influenza (la gripe)

(Favor de llenar una forma por cada persona que recibira la vacuna hoy)

Para pacientes adultos y para los padres de niños que se van a vacunar: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no deberíamos aplicar hoy la vacuna intranasal viva atenuada contra la influenza (o gripe)(FluMist) a usted o a su hijo. Si contesta “sí” a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerles más preguntas. Si una pregunta no está clara, Por favor pregunte a algun Miembro del Personal de la Clinica que le explique.

Nombre (escribir por favor)	Código Postal	Edad: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre (marca una)
-----------------------------	---------------	--------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

Donde escucho acerca de la clinica: Internet Anuncios Bolante Otro: _____

Por favor, conteste las siguientes preguntas. Marca No or Sí:

1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy? No Sí
2. La persona que se va a vacunar, ¿tiene alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna contra la influenza? No Sí
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo en el pasado alguna reacción seria a la vacuna intranasal contra la influenza (FluMist)? No Sí
4. La persona que se va a vacunar, ¿ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? No Sí
5. La persona que se va a vacunar ¿está embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes? No Sí
6. La persona que se va a vacunar, ¿tiene algún problema de salud a largo plazo de enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia o alguna otra enfermedad de la sangre? No Sí
7. La persona que se va a vacunar, ¿tiene el sistema inmunológico débil debido al VIH/SIDA o a otra enfermedad que afecta el sistema inmunológico, tratamiento a largo plazo con medicamentos como esteroides de dosis alta o tratamiento contra el cáncer con radiación o medicamentos? No Sí
8. La persona que se va a vacunar, ¿vive, o espera tener contacto cercano, con una persona con el sistema inmunológico gravemente afectado y que tiene que estar en un ambiente protegido y aislado (por ejemplo, una habitación de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)? No Sí
9. La persona que va ser vacunada tiene de 2 a 4 años, le han dicho en los últimos 12 meses que su hijo tuvo dificultades con el resuello o asma? No Sí
10. El niño o adolescente que se va a vacunar, ¿recibe terapia con aspirina o terapia que contenga aspirina? No Sí
11. La persona que se va a vacunar, ¿ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? No Sí
12. La persona que se va a vacunar, ¿recibe medicamentos antivirales? No Sí

FOR CLINIC STAFF ONLY:

Vaccine Type <input checked="" type="checkbox"/> Injectable (SHOT) <input type="checkbox"/> Intranasal (MIST)	LEFT RIGHT NASAL Vaccinator (Initials): _____	Place all Lot # Stickers HERE
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

Griage – give VIS & screening form

TIME IN:

Screener – Review medical history

TIME IN:

Vaccinator – vaccinate client

TIME IN:

Paperwork Collection – Collect screening form

TIME IN: