



CUESTIONARIO DE VACUNACIÓN

Nombre: _____ Hombre Mujer Fecha: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Vacunas Administradas (Marque las que correspondan)

Influenza (Gripe) TDAP Vacuna contra la culebrilla (Shingrix) MCV

Cuestionario de Evaluación

¿Está enfermo(a) actualmente o tiene fiebre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
¿Ha recibido la vacuna contra la gripe antes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
¿Ha tenido una reacción a la vacuna contra la gripe anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
¿Ha estado enfermo(a) en las últimas 2 semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
¿Es alérgico(a) a productos lácteos o al huevo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
¿Es alérgico(a) al látex, timerosal, gelatina o algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
¿Trabaja en el área de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
¿Alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré, convulsiones o un problema en el sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
¿Tiene un trastorno de coagulación de la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
¿Está tomando medicamentos anticoagulantes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido

Yo, el(la) abajo firmante, he leído o se me ha explicado la hoja de información sobre la vacuna (VIS). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna contra la gripe y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Solicito voluntariamente que se me administre la vacuna a mí o a la persona para quien estoy autorizado(a) a hacer esta solicitud.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____