

Lista de verificación

de detección de

contraindicaciones para la vacuna antigripal inyectable

inactivada

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Para que los adultos se vacunen: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no debemos darle su vacuna inyectable inactivada contra la influenza hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no necesariamente me gusta y no debe vacunarse. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que la explique.

	Yeso	No	No lo sé
1. ¿La persona que se va a vacunar está enferma hoy?	☐	☐	☐
2. ¿La persona a vacunar tiene alergia a un ingrediente de la vacuna?	☐	☐	☐
3. ¿Alguna vez la persona que va a vacunarse ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la influenza en el pasado?	☐	☐	☐
4. ¿La persona a vacunar ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	☐	☐	☐

formulario completado por

fecha

formulario revisado por

fecha

Insurance Info

Rx Bin:

Rx PCN:

Rx Group:

Rx ID:

Card Holder Name:

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO					
Vacuna	Ruta	Fecha dosis administrada	Fabricante de la vacuna	Número delote / Vencimiento	Nombre y título del administrador de la vacuna
Influenza (Afluria)	IM Deltoide ☐ L / ☐ R	10/14/2026	Seqirus	☐ 418649/ 06-11-2027 (Dosis única)	☐ Joseph Romph Farmacéutico ☐ Andy Mai Farmacéutico ☐ Chris Birman Farmacéutico