



Public Health Division
 1947 Center Street
 Berkeley, CA 94704
 Tel: 510-981-5300
 Fax: 510-981-5345

Cuestionario de Selección para la Vacuna Inyectable contra la Gripe

Fecha de Nacimiento:

Nombre: _____ Sexo: M F Edad: ____ / ____ / ____
Last First MI

Dirección: _____ Telefono: (____) ____ - _____ Fecha Hoy: ____ / ____ / ____
Ciudad Código Postal

Para pacientes adultos y para los padres de niños a los 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 inyectable contra la influenza (la gripe) 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 alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

Por favor conteste las siguientes preguntas para cada persona que se va a vacunar.	Sí	No	No Sabe
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a los huevos o a algún componente de la vacuna como gelatina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is the person to be vaccinated pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La persona que se va a vacunar, ¿ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré? (una enfermedad neuromuscular grave)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El registro de inmunización de California (CAIR) es confidencial *por sus siglas en Inglés*. Es un sistema de computación seguro, patrocinado por el Departamento de Salud de California. El sistema ayuda a los doctores, pacientes y padres de familia a tener acceso permanente a su historial de vacunación por el resto de la vida. Miles de doctores en California y otras agencias como el programa de Mujeres, Bebés y Niños (WIC), los centros de cuidado infantil y las escuelas, utilizan el sistema CAIR. La vacuna o la prueba de Tuberculosis que usted recibirá hoy será documentada en el sistema CAIR. Si usted no quiere que esta información sea compartida con otros proveedores asociados a CAIR, por favor marque esta casilla.

Firma del padre: _____ Fecha: _____
 Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

For Official Use Only:

<input type="checkbox"/> VIS given	Person Administering Vaccine: _____	Route of Administration: IM
	Site: _____	Manufacturer & Lot #: _____