



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

Screening Checklist for Contraindications to Inactivated Injectable Influenza Vaccination

Name: _____ Sex: M F Age: _____ Date of Birth: ____ / ____ / ____
Last First MI

Address: _____ Phone: (____) ____ - _____ Today's Date: ____ / ____ / ____
City Zip

For adult patients as well as parents of children to be vaccinated: The following questions will help us determine if there is any reason we should not give you or your child inactivated injectable influenza vaccination today. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean you (or your child) should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

	Yes	No	Don't Know
1. Is the person to be vaccinated sick today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the person to be vaccinated have an allergy to eggs or to a component of the influenza vaccine such as gelatin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to the influenza vaccine in the past?	<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. Has the person to be vaccinated ever had Guillain-Barré syndrome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. The California Immunization Registry (CAIR) is a confidential, secure computer system supported by the California Department of Health. The system makes it easier for doctors, patients and parents to keep track of shots over a lifetime. Thousands of California doctors, other agencies like the Women, Infant and Children's Program (WIC), child care centers and schools use CAIR. A record of the shot OR TB test you received today will be entered in the CAIR system. If you <u>do not</u> want this information shared with other CAIR providers please check the box. <input type="checkbox"/>			

Parent Signature: _____ Date: _____

Student Signature: _____ Date: _____

For Official Use Only: <input type="checkbox"/> VIS given (08/15)	Person Administering Vaccine: _____ Route of Administration: IM Manufacturer & Lot #: <input type="checkbox"/> UI450AE Exp. 06/30/16 Site: RD <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9JX2N Exp. 06/16/16
---	---



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:** ____ / ____ / ____
Cuidad Codigo 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 Ingles* . 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, Bebes 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 (08/15)	Person Administering Vaccine: _____	Manufacturer & Lot #: <input type="checkbox"/> UI450AE Exp. 06/30/16
	Route of Administration: IM	<input type="checkbox"/> 9JX2N Exp. 06/16/16
	Site: RD <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/>	