



PUTNAM COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH

1 Geneva Road, Brewster, NY 10509 ■ 845-808-1390

www.putnamcountyny.gov/health

A PHAB-ACCREDITED HEALTH DEPARTMENT

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Edad: _____ Sexo: M or F

Cuestionario de contraindicaciones para la vacuna inyectable contra la gripe

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.

	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?	<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. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Usted da consentimiento para NYSIIS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma: _____

Fecha: _____

AREA BELOW TO BE COMPLETED BY NURSE

Reviewed by: _____

Date: _____

Administration Site: Left Arm Right Arm

Manufacturer & Lot # _____

VIS Date: 8/15/19

Administered by: _____

Date: _____