



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: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Sexo: M or F Edad: \_\_\_\_\_

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.

Table with 5 rows of questions and 3 columns: Sí, No, No sabe. Questions include: 1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?, 2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a los huevos o a algún componente de la vacuna?, 3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?, 4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?, 5. ¿Usted da consentimiento para NYSIIS?

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

AREA BELOW TO BE COMPLETED BY NURSE

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Administration Site: [ ] Left Arm [ ] Right Arm

Manufacturer & Lot #: \_\_\_\_\_

VIS Date: 8/6/21

Administered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_