

Cuestionario de Selección—Vacuna Inyectable Contra el Flu (Gripe)

Nombre y apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Nombre de madre: _____ CAIR # _____

- | | Si | No |
|--|-----|-----|
| 1. ¿Esta usted enfermo(a) hoy? | ___ | ___ |
| 2. ¿Es usted alérgico(a) a los huevos o a algún componente de la vacuna? | ___ | ___ |
| 3. ¿Ha tenido usted alguna reacción seria a la vacuna contra la influenza? | ___ | ___ |
| 4. ¿Ha tenido usted el síndrome de Guillain-Barré? | ___ | ___ |
| 5. ¿Está usted embarazada? | ___ | ___ |

Por favor marque una

Medi-Cal/CHDP No Tiene Seguro Médico Indio Americano/Nativo de Alaska Seguro Médico Privado

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

For Staff Use Only:

Second Dose Required (under 9 only)

Nurse: _____

Location: RD LD RT LT
