

# Departamento de Salud Publica del Condado de Sutter

## Cuestionario para la Influenza Estacional

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de persona que va a recibir la vacuna (Imprima su nombre) \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Si la persona que va a recibir la vacuna es menor de 18 años, por favor escriba el nombre de padre o guardian que acompaña al menor hoy y firme abajo.

FIRMA AQUI \_\_\_\_\_

<b><i>Por Favor Conteste Todas Las Preguntas</i></b>	Si	No	N/A
1. Para mujeres: ¿Esta usted embarazada?			
2. ¿Tiene usted alergia al blanquillo?			
3. ¿Tiene usted fiebre hoy?			
4. ¿Usted a tenido el syndrome de Guillain – Barré?			
5. ¿Usted a recibido una vacuna con el virus vivo en las ultimas 4 semanas?			
6. ¿Usted a tenido una reacción seria a la vacuna en el pasado?			
7. ¿Esta usted recibiendo medicina que ponga débil su sistema inmunológico?			
8. ¿Si la persona que va a recibir la vacuna es un niño, el niño esta recibiendo terapia de aspirina? O esta tomando medicina con aspirina?			
9. ¿Tiene usted alguna condición medica que sea cronica?			
10. ¿Usted a recibido medicina antiviral, como Tamiflu en las ultimas 48 horas?			
<b><i>Le sugeremos que se espere 15 minutos en este sitio despues de recibir la vacuna en caso de una reaccion adverse a la vacuna.</i></b>			

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA**

Form reviewed by (please print first and last name) \_\_\_\_\_

Medical Condition \_\_\_\_\_

Please circle one:

nasal	.5 dose	.25 dose under 3 years
<b>NO VACCINE</b>		