

**Formulario de Administracion de la vacuna Contra la Influenza (Gripe)**

Medicare \_\_\_\_\_  
Senior HMO \_\_\_\_\_  
Other \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

Los pacientes: Por favor lea los datos acerca de la vacuna contra la influenza (gripe) y conteste las siguientes preguntas. Le recomendamos que espere por lo menos 10 minutos despues de haber recibido la vacuna debido a la posibilidad de alguna reaccion alergica.

1. Ha tenido Ud. reacciones alergicas a la vacuna de la influenza (gripe) en el pasado?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. Ha Ud. recibido la vacuna de la influenza (gripe) en los ultimos seis meses?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3. Ha estado enfermo o ha tenido fiebre en las ultimas 48 horas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4. Ha tenido Ud. Guillain-Barre Syndrome?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5. Esta embarazada?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6. Leyo y entendio los datos acerca de la vacuna para la influenza (gripe)?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

7. Tiene alguna pregunta?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta ha sido si favor de escribir su pregunta: \_\_\_\_\_

---

8. Permanecera en el area por 10 minutos despues da haber recibido la vacuna.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**SE ME HA INFORMADO QUE ESTE PUEDE SER UN SERVICIO QUE NO ES CUBIERTO  
BAJO MI ASEGURANSA**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

*If the patient answers YES to any questions 1-5, a physician MUST be consulted.*

Patient temperature (If indicated): \_\_\_\_\_

Immunized with the 2020 – 2021 Flu Vaccine 0.5 ml (IM): (L) Deltoid (R) Deltoid

Lot # label here: Mfg:

Lot#:

Exp. Date:

\_\_\_\_\_  
Administered by: Signature

\_\_\_\_\_  
Date