



**COUNTY OF SAN LUIS OBISPO DEPARTMENT OF
PUBLIC HEALTH**

Suzanne Jed, MSN, RN *Directora de Salud Pública*

Rick Rosen, MD, MPH *Oficial de salud interino del condado*

Cuestionario de evaluación para la vacuna contra la influenza estacional

Apellido:

Nombre:

Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy):

Edad:

Si tiene menos de 9 años, ha tenido su hijo/a *dos* vacunas de la Flu anteriormente? Si ☐ No ☐

Primer Nombre de Mamá:

Género: Hombre ☐ Mujer ☐ Preferir no decirlo ☐

Número de Teléfono:

	Si	No	No sé
¿Está hoy enfermo(a) la persona que va a recibir la vacuna?	☐	☐	☐
¿La persona que va a recibir la vacuna tiene alergia a algún componente de la vacuna contra la influenza?	☐	☐	☐
¿Ha tenido alguna vez la persona que va a recibir la vacuna una reacción grave a la vacuna contra la influenza?	☐	☐	☐
¿Ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré la persona que va a recibir la vacuna?	☐	☐	☐
¿La persona que va a recibir la vacuna ha sentido alguna vez mareos o desmayos antes, durante o después de una inyección?	☐	☐	☐
¿Siente ansiedad la persona que va a ser vacunada por recibir la inyección hoy?	☐	☐	☐

He leído, o se me ha explicado, la información contenida en la Hoja de información sobre la vacuna o en la(s) Declaración(es) de información importante correspondiente(s) acerca de la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) que se indican a continuación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas a mi entera satisfacción. Considero que comprendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que se administre(n) la(s) vacuna(s) indicada(s) a continuación a mí o a la persona que, esta nombrada abajo, para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____

Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad:

Por la presente, reconozco que se me ha ofrecido o que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo. Asimismo, reconozco que una copia del aviso vigente está expuesta en el área de recepción de cada clínica y que se me ofrecerán una copia.

Firma del paciente o padre/tutor: _____ Fecha: _____

Si es padre, madre o tutor, indique su relación con el paciente:

Solo para uso de la oficina:

Vaccine Lot #: _____

Check one: MIST ____ -or- Injectable ____ Inj. Site _____

Vaccine Brand Name _____

Check one: STATE Vaccine ____ -or- Private Pay ____

Administered by: Nurse Signature _____ Date _____