

Cuestionario para la vacuna antigripal 2017

 New Patient: Yes No
 Clinic Name: _____
 PCP: _____

Apellido del paciente: _____ Nombre: _____

 Sexo: M F Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Teléfono durante el día: (___) ___-____

Dirección postal actual: _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

Seguro médico (marque con una X las casillas según corresponda):
 Medicare:

No. de póliza: _____

 Seguro comercial:

Seguro: _____

No. de póliza: _____

No. de grupo: _____

Asegurado primario: _____

 Programa de Vacunas para Niños de Medicaid/Texas:

 No. de Medicaid: _____ Fecha de elegibilidad: _____

 No. de CHIP: _____ Fecha de elegibilidad: _____

 Indio americano Nativo de Alaska

 tiene **seguro insuficiente***: (Marque con una X una de las casillas)

 El seguro comercial (privado) de mi hijo **no** cubre las vacunas
 Mi seguro comercial cubre sólo vacunas seleccionadas
 Mi seguro comercial limita la cobertura de vacunas hasta cierto monto

Si responde "Sí" a alguna de las siguientes preguntas, tal vez no sea elegible para aplicarse hoy la vacuna antigripal.

- | | | |
|--|-----------------------------|----|
| 1. ¿Ya ha recibido la vacuna antigripal esta temporada? | Sí | No |
| 2. ¿Usted o su hijo han tenido alguna vez sensibilidad o una reacción grave a alguna vacuna antigripal? | Sí | No |
| 3. ¿Usted o su hijo han tenido alguna vez parálisis y dolores musculares intensos (síndrome de Guillain-Barre) dentro de las 6 semanas de recibir una vacuna antigripal? | Sí | No |
| 4. ¿Usted o su hijo tienen alergia grave a los huevos? (Dolor de pecho, latidos cardíacos rápidos sintomáticos, sibilancia, tratamiento con epinefrina). | Sí | No |
| 5. ¿Su hijo tiene menos de 6 meses de edad? | Sí | No |
| 6. ¿Ha recibido un trasplante de médula ósea en los últimos 6 meses? | Sí | No |
| 7. ¿Usted o su hijo son alérgicos al látex (un material utilizado en las jeringas), sulfato de gentamicina, gelatina o glutamato monosódico (MSG)? | Sí | No |
| 8. ¿Usted o su hijo se han sentido enfermos hoy o ayer, o tienen fiebre? | Sí | No |
| 9. ¿Usted o su hijo tienen anemia o un trastorno sanguíneo grave? | Sí | No |
| 10. ¿Usted o su hijo han recibido en las últimas cuatro semanas alguna vacuna con antígenos vivos?
Por ejemplo, MMR, varicela o Zostavax (culebrilla) | Sí | No |
| Si es así, ¿cuál? _____ | Fechas de aplicación: _____ | |
| 11. SÓLO PARA MUJERES: ¿Está embarazada? | Sí | No |
| Si es así, ¿en qué trimestre? 1º 2º 3º | | |

 Firma del paciente, padre o madre _____ Fecha _____

Para uso de la oficina	Circle One:	FLULAVAL QUAD	FLUZONE QUAD	
Administered by _____	Date _____	Time _____		
Lot No. _____	GSK	Sanofi	Expiration Date _____	VIS Sheet given? Yes No
Site of Injection R L deltoid thigh	Patient MRN: _____		EMR Entry Name: _____	