Escribe la informacion de todos los individuos que van a recibir una vacuna el dia de hoy:

Direccion: _____ Ciudad: _____ Codigo postal: _____ Numero de telefono: _____

Porfavor NO llena los areas en gris.

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Masculino o Femenino	Aseguranza #1, #2 or #3 Si no tiene, marque "NA"	Indio Americano o Nativo de Alaska	Vaccine and Lot Number	Provider Name or Initials	Site	SB Done

1. **Seguro Medico (Incluyendo Medicaid, Medicare y Privado):**

Nombre de aseguranza: _____

Numero del poliza: _____ # del grupo: _____

Nombre en la tarjeta y fecha de nacimento: _____

2. **Seguro Medico (Incluyendo Medicaid, Medicare y Privado):**

Nombre de aseguranza: _____

Numero del poliza: _____ # del grupo: _____

Nombre en la tarjeta y fecha de nacimento: _____

3. **Seguro Medico (Incluyendo Medicaid, Medicare y Privado):**

Nombre de aseguranza: _____

Numero del poliza: _____ # del grupo: _____

Nombre en la tarjeta y fecha de nacimento:_____

Para Medicaid, escribe el numero de Medicaid en la columna de aseguranza arriba para cada persona.

Screening Reviewed and Education Provided by: _____

Eastern Idaho Public Health
Prevent. Promote. Protect.

2020-2021 Influenza Vaccine Screening Form

La inyección de influenza

	Escribe el nombre de la(s) persona(s) quien contesta "SÍ" a cualquier de las preguntas y explica su respuesta.
1. ¿Usted/ su hijo ha tenido una reacción seria a la vacuna de influenza?	
2. ¿Usted/ su hijo ha tenido una reacción alérgica seria después de comer huevos?	
3. ¿Usted/ su hijo tiene un alergia a gentamicina, neomicina, polimicina o gelatina?	
4. ¿Usted/ su hijo ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (es una debilitamiento temporario severo de los músculos) entre 6 semanas después de recibir una vacuna de influenza?	

Si prefiere recibir la inyección, pare aquí

La vacuna de influenza con virus vivos (intranasal/ aersol nasal)

Para la gente entre los 2 a 49 años: Las siguientes preguntas nos ayudan de distinguir si hay alguna razón en que no puede recibir este tipo de vacuna hoy. Si contesta "Sí" para cualquier de las preguntas, no significa que no se puede vacunarse. Solo significa que tenemos que preguntarse unas cosas más. Si no entiende bien una de las preguntas, debe hablar con una enfermera.

	Escribe el nombre de la(s) persona(s) quien contesta "SÍ" a cualquier de las preguntas y explica su respuesta.
1. ¿Usted/ su hijo tiene algún alergia a medicamento, comida o cualquiera vacuna?	
2. ¿Usted/ su hijo tiene problema de salud con enfermedades pulmonares (incluyendo asma), enfermedad cardiaca, enfermedad renal, enfermedades metabólicas (como diabetes), enfermedad del sistema nervioso, enfermedad de hígado, tiene un implante coclear, está saliendo liquido de la columna vertebral o no tiene bazo?	
3. ¿Usted/ su hijo tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmunologico; o en los últimos 3 meses, ha tomado algún medicamento que efectúa el sistema inmunologico (como prednisona o otros esteroides, tratamiento contra la artritis, enfermedad de Crohn, soriasis, o medicamento contra el cáncer) o ha recibido tratamiento de radiación?	
4. ¿Usted/ su hijo está tomando medicamento antiviral contra la influenza?	
5. ¿Usted/ su hijo ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro (4) semanas?¿Está embarazada o tiene la posibilidad de quedar embarazada en el próximo mes?	
6. ¿Usted/ su hijo está embarazada o tiene la posibilidad de quedar embarazada en el próximo mes?	