



# VACUNA DE LA INFLUENZA 2020-2021



**Circule Uno: Facultad/Personal Estudiante Visitante**

<b>Información de la persona que va a recibir la vacuna</b> (Imprime en tinta azul or negra)			
<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Edad</b>
<b>Número de Identificación Universitario</b>		<b>Telefono</b>	
<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
Firma de la persona que recibe la vacuna o de una autorizada para pedirlo (padre o guardián si es menor de 18 años de edad)			
X _____		Fecha _____	

**Por favor conteste las siguientes preguntas y si la respuesta es SÍ por favor explique**

1. ¿Está enfermo/a ahora?
  - a. NO  SÍ
2. ¿Tiene fiebre?
  - a. NO  SÍ
3. ¿Es alérgico/a los huevos o derivados?
  - a. NO  SÍ
4. ¿Es alérgico/a algún medicamento o a Thimerosal (preservativo)?
  - a. NO  SÍ
5. ¿Es sensitivo/a o alergico/a al latex?
  - a. NO  SÍ
6. ¿Ha tenido una reacción adversa o desfavorable a alguna vacuna ?
  - a. NO  SÍ
7. ¿Ha tenido alguna vez el síndrome Guillain-Barre?
  - a. NO  SÍ
8. ¿Ha tenido algún desorden en el último mes que le causó daño cerebral o neurológico, tal como un infarto o convulsión ?
  - a. NO  SÍ
9. ¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada?
  - a. NO  SÍ

Lot # \_\_\_\_\_

Exp. Date \_\_\_\_\_

*Revised 09/2020*