



**Duke Medicine**

**VACUNA CONTRA LA INFLUENZA  
H1N1 (GRIPE) FORMATO PARA LA  
APLICACIÓN 2009-2010**

Addressograph: Patient Label

Name  
MPN/History Number (inpatient)  
Account Number  
Birthdate (DRH, Clinics and PDC)

Nombre y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la vacuna: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de la historia médica: \_\_\_\_\_

**Historia médica**

Sírvase marcar si alguna de estas condiciones aplica a este paciente

- 1. ¿Es alérgico/a al timerosal (un derivado del mercurio que se usa como conservador en la vacuna?  **SÍ**  **No**
- 2. ¿Tiene alergia a los huevos o a los productos del huevo que sea tan seria que haya tenido que recibir tratamiento médico?  **SÍ**  **No**
- 3. Si i se puso la vacuna anteriormente contra la influenza, ¿tuvo alguna reacción seria u otro problema después de habérsela puesto?  **SÍ**  **No**
- 4. ¿Ha sido diagnosticado alguna vez con el Síndrome de Guillain Barre después de Haberse puesto la vacuna?  **SÍ**  **No**
- 5. ¿Está usted enfermo el día de hoy? (porejemplo, una enfermedad más peligrosa que un resfriado o fiebre de más de 101 grados)?  **SÍ**  **No**
- 6. ¿Toma Coumadin, Warfarin, u otras medicinas anticoagulantes? (Si el paciente Contesta sí, se le puede dar la inyección aplicando presión durante 5 minutos)  **SÍ**  **No**

**Solamente para la Vacuna**

Sírvase marcar si alguna de estas condiciones aplica a este paciente:

- Embarazo  Persona al cuidado de un niño/a menor de 6 meses
- De 6 meses a 24 años de edad  Profesional de la salud con contacto directo con los pacientes
- De 25 a 64 años de edad)
  - Diabetes  Anemia u otro trastorno de la sangre  enfermedad crónica pulmonar
  - Enfermedad hepática  Enfermedad cardíaca  Asma  Enfermedad renal
  - Trastorno de los músculos/ nervios (parálisis cerebral/ataques o convulsiones)
  - Sistema inmunológico debilitado (VIH, uso prolongado de esteroides, tratamiento para el cáncer)

He recibido las instrucciones sobre los efectos secundarios y la Hoja Informativa de la Vacuna

\_\_\_\_\_  
Paciente o Persona designada \_\_\_\_\_  
Fecha

**Medication Administration – to be filled out by clinic personnel**

If yes is indicated on any questions #1-5, then provider review is necessary

Signature \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_ Pager # \_\_\_\_\_ Date/Time \_\_\_\_\_

Medical history reviewed Dose #: \_\_\_\_\_

Instruction sheet & VIS given to patient

MDe/DNE  NCIR

Given in the location of:  Left deltoid  Right deltoid  L thigh  R thigh

Manufacturer: \_\_\_\_\_ Lot #: \_\_\_\_\_ Expires: \_\_\_\_\_ (n/a if sticker above)

Administered By: \_\_\_\_\_