

GRIPE NIEBLA ADMINISTRACIÓN FORMA 2020-2021

Nombre de los pacientes: _____

Nombre de seguro médico: _____

Médico primario: _____

Registro médico: _____

(O coloque la etiqueta de pacientes aquí)

PARA PACIENTES O PADRES

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si la persona es candidato para FluMist

1. ¿Ha recibido la vacuna contra la gripe en los últimos? /Have you received the flu vaccine before? Si No

2. Alguno de los siguientes términos aplican a la persona que será vacunada con FluMist? Si No

(Si su respuesta es afirmativa: la persona que pide la vacuna, no puede recibir FluMist).

- ¿Ha estado enfermo en las últimas 24 horas? / Have you been ill in the last 24 hours with temperature greater than 100.6?
- Alergia a gentamicina, gelatina o arginina
- Reacciones potencialmente letales a vacunas contra la influenza en el pasado
- Tiene entre 2 y 17 años de edad y actualmente recibe aspirina o terapia que contenga aspirina
- Es menor de 2 años de edad

3. ¿Alguno de los siguientes términos aplican a la persona que será vacunada? Si No

(Si su respuesta es Sí, favor de determinar si la persona que pide la vacuna puede recibir FluMist.)

- ¿Tiene asma?
- ¿Ha sido informado por su médico primario si su hijo (2 a 5 años) tiene sibilancias o asma en los últimos 12 meses?
- ¿Ha experimentado el síndrome de Guillain-Barré dentro de 6 semanas después de una vacunación de gripe en el pasado?
- ¿Tiene problemas de salud crónicos con el sistema inmune, corazón, pulmones, hígado, riñones o enfermedad metabólica (ej. diabetes), o enfermedades de la sangre?
- ¿Está embarazada o amamantando?

4. La persona que pide la vacuna espera tener contacto cercano dentro de los próximos 7 días con una persona cuyo sistema inmune está severamente comprometido al grado que él/ella debe estar en un entorno protector, como una sala de hospital de presión negativa? Si No

(Si su respuesta es afirmativa, la persona que pide la vacuna no puede recibir FluMist).

Paciente o firma del padre/tutor

Fecha

CPT CODE	ADMIN CODES	MD/APP Signature	Clinical staff signature & title
90672M Flumist Nasal 2yrs-17yrs	90473		

Lot #: _____ Manufacturer: _____ Expiration date: _____

MD Verified Medication

Staff Use Only: Immunization history entered in EHR

Charges entered in EHR