

# IMPRESO DE EVALUACIÓN DE SELECCIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE 2007



Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
(mes) (día) (año)

**Padres/tutores legales:** Responda las siguientes preguntas de la evaluación de selección que aparecen al lado de la edad de su hijo(a) marcando con un círculo la(s) respuesta(s) correcta(s). Pida al enfermero o enfermera o al médico que le explique si tiene alguna duda sobre alguna de las preguntas. Hay 3 preguntas más en la pág. 2.

Si la edad de su hijo(a) está entre	PREGUNTAS DE LA EVALUACIÓN DE SELECCIÓN	SÍ	NO	Para uso admin. exclusivamente nv = no vacunar cp = comprada privadam. se = suminis. por el estado sc = sin conservantes
El nacimiento hasta 6 meses	1. En este momento, ¿tiene su hijo(a) menos de 6 meses de edad?	S	N	S – No vacunar
	2. ¿Hay otros niños en la casa que tengan menos de 19 años de edad? Si la respuesta es "sí", pida un impreso de la evaluación de selección individual para cada niño(a).	S	N	S – Evaluar por edad
6 meses hasta el 3 <sup>er</sup> cumpleaños	1a. ¿Es ésta la 1ª dosis de la vacuna contra la gripe para su hijo(a)? 1b. ¿Cuántas dosis recibió su hijo(a) el año pasado? 1c. ¿Se vacunó a su hijo(a) hace dos años?	S 1 S	N 2 N	<p style="text-align: center;"><b>SS</b></p> 1a. S 2 dosis 1a. N Saltar a preg. 1b 1b. 1- Saltar a preg. 1c 1b. 2-1 dosis 1c. S 1 dosis 1c. N 2 dosis <b>Fluzona SC 0,25 ml</b> (Sanofi)
	2. ¿Hay otros niños en la casa que tengan menos de 19 años de edad? Si la respuesta es "sí", pida un impreso de la evaluación de selección individual para cada niño(a).	S	N	S – Evaluar por edad
3 años hasta el 5 <sup>o</sup> cumpleaños	1a. ¿Es ésta la 1ª dosis de la vacuna contra la gripe para su hijo(a)? 1b. ¿Cuántas dosis recibió su hijo(a) el año pasado? 1c. ¿Se vacunó a su hijo(a) hace dos años?	S 1 S	N 2 N	<p style="text-align: center;"><b>SS</b></p> 1a. S 2 dosis 1a. N Saltar a pregunta 1b 1b. 1- Saltar a preg. 1c 1b. 2-1 dosis 1c. S 1 dosis 1c. N 2 dosis <b>Fluzona 0,5 ml</b> (Sanofi)  <b>Fluvirina 0,5 ml</b> (Novartis) <b>≥4 años de edad</b>
	2. ¿Hay otros niños en la casa que tengan menos de 19 años de edad? Si la respuesta es "sí", pida un impreso de la evaluación de selección individual para cada niño(a).	S	N	S – Evaluar por edad
5 años hasta el 9 <sup>o</sup> cumpleaños	2. ¿Tiene su hijo(a) alguna de las siguientes enfermedades? a) Enfermedad cardíaca o respiratoria, incluido asma b) Diabetes c) Enfermedades de la sangre (p.ej., anemia drepanocítica) d) Tratamiento crónico con aspirina e) Cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmune f) Disfunción cognitiva, lesiones de la médula espinal, trastornos convulsivos u otros trastornos neuromusculares que puedan aumentar el riesgo de aspiración.	S	N	<p style="text-align: center;">S – SE N – CP</p> <b>Fluzona 0,5 ml</b> (Sanofi) <b>Fluvirina 0,5 ml</b> (Novartis) <b>Flumist</b> (Medimmune)
	3. ¿Vive su hijo(a) con un lactante menor de seis meses de edad, alguien que tenga alguna de las enfermedades enumeradas en la pregunta nº 1, esté embarazada o tenga más de 65 años?	S	N	<p style="text-align: center;">S – SE N – CP</p> <b>Fluzona 0,5 ml</b> (Sanofi) <b>Fluvirina 0,5 ml</b> (Novartis) <b>Flumist</b> (Medimmune)
	3a. ¿Es ésta la 1ª dosis de la vacuna contra la gripe para su hijo(a)? 3b. ¿Cuántas dosis recibió su hijo(a) el año pasado? 3c. ¿Se vacunó a su hijo(a) hace dos años?	S 1 S	N 2 N	3a. S 2 dosis 3a. N Saltar a preg. 3b 3b. 1- Saltar a preg. 3c 3b. 2-1 dosis 3c. S 1 dosis 3c. N 2 dosis
	4. ¿Hay otros niños en la casa que tengan menos de 19 años de edad? Si la respuesta es "sí", pida un impreso de la evaluación de selección individual para cada niño(a).	S	N	S – Evaluar por edad

Si la edad de su hijo(a) está entre	PREGUNTAS DE LA EVALUACIÓN DE SELECCIÓN	SÍ	NO	Para uso admin. exclusivamente
<b>9 años hasta el 19º cumpleaños</b>	1. ¿Tiene su hijo(a) alguna de las siguientes enfermedades? a) Enfermedad cardiaca o respiratoria, incluido asma b) Diabetes c) Enfermedades de la sangre (p.ej., anemia drepanocítica) d) Tratamiento crónico con aspirina e) Cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmune f) Disfunción cognitiva, lesiones de la médula espinal, trastornos convulsivos u otros trastornos neuromusculares que puedan aumentar el riesgo de aspiración.	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>S – SE</b> <b>N – CP</b> 1 dosis <b>Fluzona 0,5 ml</b> (Sanofi) <b>Fluvirina 0,5ml</b> (Novartis) <b>Flumist</b> (Medimmune)
	2. ¿Hay otros niños en la casa que tengan menos de 5 años de edad? Si la respuesta es “sí”, pida un impreso de la evaluación de selección individual para cada niño(a).	<b>S</b>	<b>N</b>	
	3. ¿Vive su hijo(a) con alguien que tenga alguna de las enfermedades enumeradas en la preg. N° 1, esté embarazada o tenga más de 65 años?	<b>S</b>	<b>N</b>	
	4. ¿Está su hija/adolescente embarazada?	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>Fluzona SC 0,5 ml</b> (Sanofi)

### Preguntas adicionales (para TODOS los niños)

1. ¿Está su hijo(a) enfermo(a) hoy?	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>S – Requiere una mayor evaluación</b>
2. ¿Tiene su hijo(a) alergias a medicamentos, alimentos o a alguna vacuna? ( <b>huevos, gelatina, timerosal, neomicina, polimixina B</b> )	<b>S</b>	<b>N</b>	
3. ¿Ha tenido su hijo(a) en el pasado una reacción grave a una vacuna?	<b>S</b>	<b>N</b>	
4. ¿Está tomando su hijo(a) algún medicamento? Si respondió “sí”, especifíquelos:	<b>S</b>	<b>N</b>	

He recibido una copia de este impreso y he leído o se me ha explicado la información contenida en la “Declaración de información de la vacuna contra la gripe” (DIV). He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna. Solicito que se me administre la vacuna indicada más abajo a mí o a la persona cuyo nombre aparece más abajo para quien estoy autorizado(a) a realizar esta petición.

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/madre/tutor legal:** \_\_\_\_\_

### PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA OFICINA

Vacuna de la influenza	Fecha de administ.	Dosis en series	Dosis	Vía de administ.	Centro	Fabricante y nº de lote de la vacuna	Fecha public. del material DIV	Firma y cargo laboral de la persona que administró la vacuna
Fluzona – SC		1		IM				
Fluzona		2		Nasal				
Fluvirina								
LAIV								

Llamar para 2ª dosis