

La investigación pregunta para la Vacuna de la influenza (la Gripe): (Flu Screening Questions:)

Write name under client # - Escribe nombre debajo del cliente #

Client # - Cliente #1

1. Ever had a serious allergic reaction to eggs, food, medication, or thimerosal (a mercury preservative in vaccine)? Please list allergies or medications.

1. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a los huevos, la comida, la medicina, o thimerosal (una preservativo de mercurito en vacuna)? Lista alergias o medicinas por favor.

2. On aspirin therapy?

2. ¿Terapia con aspirina?

3. Have you received any vaccines in the last month?

3. ¿Recibiste unas vacunas en el mes pasado?

4. Are you on any chemotherapy?

4. ¿Está usted en cualquier la quimioterapia?

5. Do you have any medical conditions like diabetes, heart disease, lung disease or kidney disease that requires seeing a doctor?

5. ¿Tienes unas condiciones del médico como diabetes, enfermedades del corazón, pulmón o riñon que necesita ver un médico?

6. are you Pregnant or nursing?

6. ¿Embarazadas o amamantamiento?

7. Asthmatic or do you use a nebulizer?

7. ¿Asmático o usa un aparato de respiración?

8. Do you have a healthy immune system?

8. ¿Tiene una sistema inmunológico sano?

9. Have you been ill in the last two days or have a cold now?

9. ¿Ha estado enfermo en los últimos dos días o tienen ahora un resfriado?

10. Have you ever had a serious reaction to a flu shot?

10. ¿Ha tenido alguna reacción seria a la vacuna de la influenza (la gripe).

11. Are you healthy today?

11. ¿Está saludable hoy?

12. Do you live in a household with an infant less than 6 months old?

12. ¿Vive en casa con un bebé de menos de 6 meses de edad?

13. Have you ever had Guillain-Barré Syndrome?

13. ¿Historia de síndrome de Guillian-Barre?

14. What is your age?

14. ¿Cuántos años tiene?

15. Do you use or are you exposed to tobacco?

15. ¿Utiliza o exponen al tabaco?

Yes No Sí No