

ADULT IMMUNIZATION SCREENING



Vaccine Information Sheet

Name of Patient: _____ Date: _____

I am here to receive (check all that apply):

☐ Pneumonia Vaccine ☐ Tetanus Vaccine ☐ Flu Vaccine ☐ Other: _____

- | | |
|--|----|
| 1. Are you sick today? | No |
| 2. Do you have a fever today? | No |
| 3. Do you have any problems with your immune system? | No |
| 4. Do you have any <u>serious</u> health problems? | No |
| 5. Are you presently on any medications? | No |
| 6. Do you have an allergy to eggs that is so bad you require immediate medical treatment? | No |
| 7. Have you had a reaction to <u>any</u> vaccine? | No |
| 8. Do you have an allergy to the preservative called THIMERASOL which is so bad you require immediate medical treatment? | No |
| 9. Has it been 10 years or more since you had a Tetanus shot? | No |
| 10. Have you ever had seizures/convulsions? | No |
| 11. Are you or could you be pregnant? | No |
| 12. Have you ever received the Pneumonia vaccine? | No |

Signature: _____

ENCUESTA DE VACUNAS PARA ADULTOS



DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE
LA VACUNA

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Marque la vacuna que desea recibir:

☐ Vacuna contra pulmonia ☐ Vacuna contra el tétano ☐ Vacuna contra la gripe ☐ Otra: _____

- | | |
|--|----|
| 1. ¿Está enfermo el día de hoy? | No |
| 2. ¿Tiene calentura (fiebre) el día de hoy? | No |
| 3. ¿Tiene algún problema con su sistema inmunológico? | No |
| 4. ¿Tiene problemas graves de salud? | No |
| 5. ¿Esta usted actualmente tomando medicamento? | No |
| 6. ¿Tiene alergia a los huevos que es tan grave que requiere tratamiento medico inmediato? | No |
| 7. ¿Ha tenido una reacción a alguna vacuna? | No |
| 8. ¿Tiene alergia al preservativo llamado THIMEROSOL que es tan grave que requiere tratamiento médico inmediato? | No |
| 9. ¿Han pasado 10 años o más desde que fué vacunado contra el tétano? | No |
| 10. ¿Ha tenido convulsiones (epilepticos)? | No |
| 11. ¿Está o podría estar embarazada? | No |
| 12. ¿Ha recibido la vacuna contra la neumonía? | No |

Firma: _____