

**Walton County Health Department
H1N1 Vaccination Campaign Screening Tool**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

¿Eres alérgico/a al huevo? NO SI

¿Eres alérgico/a algún medicamento? NO SI* (SI, explica por favor) _____

¿Estas usando algún medicamento antiviral? NO SI* (SI, ¿cuando fue la ultima dosis?) _____

¿Estas embarazada? NO SI

¿Tienes menos de 5 años de edad con ronquido frecuenté? NO SI* (SI, explica por favor) _____

¿Tienes el sistema inmunológico débil? NO SI* (SI, explica por favor)

¿Has recibido alguna vacuna en el último mes o planea recibir alguna en el siguiente mes?

NO SI* (SI, explica por favor) _____

¿Has tenido alguna mala reacción a la vacuna de la gripa en el pasado? NO SI* (SI, explica por favor)

¿Tienes alguna de las siguientes condiciones? (SI, circule por favor)

- CANCER ENFERMEDAD CRONICA DEL PULMON (Asma/COPD) ENFERMEDAD DEL RINON
 ENFERMEDAD DEL CORAZON DESORDEN DE LA SANGRE DIABETIS
 ENFERMEDAD DEL HIGADO DESORDEN NEUROLOGICA
 DESORDEN NEUROMUSCULA OTRO

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Priority Target Groups (Check correct box)

Pregnant	Age 6 months to 24 years	Caregiver of children < 6 months	Healthcare Worker	High Risk Condition	None

_____ Do not vaccinate, due to _____

Explanation

Signature

Date

_____ Vaccinate as noted below _____

Signature

Date

Vaccine Selection Guide

	<i>1st choice</i>	<i>2nd choice</i>	<i>3rd choice</i>
LAIV (nasal spray)			
Multi dose injectable .5ml			
Multi dose injectable .25ml			
Unit dose preservative free 15 mg (.5ml)			
Unit dose Preservative Free 7.5 mg (.25ml)			

Comments
