



DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARIA AUXILIAR SALUD FAMILIAR, SERVICIOS INTEGRADOS Y PROMOCION DE LA SALUD
PROGRAMA DE VACUNACION
CONSENTIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Número de PIN (Proveedor):

Nombre de Facilidad: _____

Instrucciones: escriba en letra de molde y complete en todas sus partes

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (Personal Information)

Nombre: _____ 2do. Nombre: _____

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

País de nacimiento: _____

Seguro Social: --

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ meses/años
mes día año

Raza:

- Indio Americano o nativo de Alaska Asiático
 Nativo de Hawaii u otras Islas del Pacífico Blanco
 Negro o afroamericano Otra raza

Origen Étnico:

- Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

Género: Masculino Femenino

**Persona responsable del paciente
incluyendo menores de 21 años**

Nombre: _____

Apellidos: _____

Relación: _____

Tel : (____)-____-____

Primer nombre de madre: _____

Dirección: Urb. o Barrio _____

Calle: _____ Número: _____

Pueblo: _____ Código Postal: _____

Teléfono: () _____ - _____

Correo Electrónico: _____

ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE (Funding Programs / Eligibilities)

- Paciente sin Plan Paciente Medicaid (Reforma) Paciente con Plan Privado (nombre aseguradora) _____
 Paciente Plan No cubre Vacuna

CLASIFICACION DEL PACIENTE (Patient Classification by Risk Groups)

Instrucciones: Favor de marcar las que apliquen. Entre a "Comments" del PRIR la(s) seleccionada(s)

- Embarazada (Pregnant Woman)
 Personas que viven o cuidan a niños < 6 meses (People who live with or care for children < 6 months)
 Empleado de la Salud (Healthcare Workers) (Trabaja con pacientes)
 Personal de Servicios de Emergencias (Health Care and Emergency Services Personnel): ____ Policía Estatal(State Policemen) ____ Policía Municipal (Municipality Policemen) ____ Bomberos (Firemen) ____ OMME/AEMEAD
 Empleado Centro Geriátrico (Elderly Home Participants)
 Participante Medicare parte B (Medicare part B participants)
 Anafilaxis al huevo

ENFERMEDADES CRÓNICAS (Chronic Diseases)

Instrucciones: Favor de marcar las que apliquen. Entre a "Comment" del PRIR la(s) seleccionada(s)

- 001- Respiratoria Crónica (Ej. COPD, Asma) 002-Metabólica (Ej. Diabetes) 003-Cardiovasculares (Ej. Fallo Cardíaco, Infarto)
 004- Inmunosuprimido (Ej. Cáncer, HIV) 005- Hepática (Ej. Cirrosis, Hepatitis) 006-Hematológica (Ej. Lupus, Hemofilia, Anemia)
 007- Neurológicas (Ej. Epilepsia, Parkinson) 008- Neuromuscular (Ej. Distrofia, Daño a cordón espinal o condición que afecte el manejo de secreciones) 009-Enf. Renal Crónica (Ej. Paciente Diálisis)

VACUNAS

INFLUENZA 1^{ERA} DOSIS 2^{DA} DOSIS

Núm. De Lote: _____
Nombre Comercial
De la Vacuna: _____

Fecha Administración: ____/____/____
Mes día año

Fecha Expiración : ____/____/____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

COVID-19 1^{ERA} DOSIS 2^{DA} DOSIS

Núm. De Lote: _____
Nombre Comercial
De la Vacuna: _____

Fecha Administración: ____/____/____
Mes día año

Fecha Expiración : ____/____/____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

NEUMOCOCO (PCV23)

Núm. De Lote: _____
Nombre Comercial
De la Vacuna: _____

Fecha Administración: ____/____/____
Mes día año

Fecha Expiración : ____/____/____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

HEPATITIS A 1^{ERA} DOSIS 2^{DA} DOSIS

Núm. De Lote: _____
Nombre Comercial
De la Vacuna: _____

Fecha Administración: ____/____/____
Mes día año

Fecha Expiración : ____/____/____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

HEPATITIS B 1^{ERA} DOSIS 2^{DA} DOSIS 3^{RA} DOSIS

Núm. De Lote: _____
Nombre Comercial
De la Vacuna: _____

Fecha Administración: ____/____/____
Mes día año

Fecha Expiración : ____/____/____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

Td/Tdap

Núm. De Lote: _____
Nombre Comercial
De la Vacuna: _____

Fecha Administración: ____/____/____
Mes día año

Fecha Expiración : ____/____/____
Mes día año

Hora Administración : _____

Lugar de Administración de la Vacuna:

- BD (Brazo Derecho) BI (Brazo Izquierdo)
Right Deltoid Left Deltoid
 MD (Muslo Derecho) MI (Muslo Izquierdo)
Right Vastus Lateral Left Vastus Lateral

Consentimiento

X Al firmar certifico que he sido orientado(a) sobre la Ley HIPAA, he recibido copia de la hoja de Información de la vacuna (VIS), he leído la información de la vacuna y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy satisfecho(a) con las respuestas a mis preguntas, he entendido los beneficios y riesgos de la vacuna. Autorizo la administración de la vacuna.

Acepto

Rehúso a vacunarme

Firma del paciente o Encargado

Fecha

Nombre en letra de Molde de MD / RN – Administra Vacuna

Firma de MD / RN – Administra Vacuna

Fecha

Número de Licencia Profesional

Rev.10/2020

Nombre (Persona entrada de datos): _____

Fecha: _____