



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

Núm. 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: _____
Profesión: _____ 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**

Dirección: Urb. o Barrio _____
Calle: _____ Número: _____
Pueblo: _____ Código Postal: _____
Teléfono: () _____ - _____
Correo Electrónico: _____

Nombre: _____
Apellidos: _____
Relación: _____
Tel: (____)-____-____
Primer nombre de madre: _____

ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE (Funding Programs / Eligibilities)

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

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE (Patient Classification by Risk Groups)

Instrucciones: Favor de marcar las que apliquen. Entre a "Comments" del PREIS 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)
 Reacción alérgica severa (anafilaxia) a cualquier vacuna o terapia inyectable.

ENFERMEDADES CRÓNICAS (Chronic Diseases)

Instrucciones: Favor de marcar las que apliquen. Entre a "Comments" del PREIS 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 3^{ERA} DOSIS Refuerzo (Booster)

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

Al firmar certifico que he sido orientado(a) sobre la Ley HIPAA. He recibido copia de la hoja de información de la vacuna (VIS) o la Hoja informativa de autorización uso de emergencia. 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 riesgos de la vacuna. Autorizo la administración de la vacuna.

<input type="checkbox"/> Acepto	<input type="checkbox"/> 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.09/2021

Nombre (Persona entrada de datos):

Fecha: _____