



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: _____

Seguro Social: - - País de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Documento para confirmar edad: _____
mes día año meses/años

| | | |
|--|--|---|
| Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otra raza | Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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: _____
 Celular: () _____ - _____ Compañía: _____

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)
 Reacción alérgica severa (anafilaxia) a cualquier vacuna o terapia inyectable.

ENFERMEDADES CRÓNICAS (Chronic Diseases)

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

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 001- Respiratoria Crónica (Ej. COPD, Asma) <input type="checkbox"/> 004- Inmunosuprimido (Ej. Cáncer, HIV) <input type="checkbox"/> 007- Neurológicas (Ej. Epilepsia, Parkinson) | <input type="checkbox"/> 002-Metabólica (Ej. Diabetes) <input type="checkbox"/> 005- Hepática (Ej. Cirrosis, Hepatitis) <input type="checkbox"/> 008- Neuromuscular (Ej. Distrofia, Daño a cordón espinal o condición que afecte el manejo de secreciones) | <input type="checkbox"/> 003-Cardiovasculares (Ej. Fallo Cardíaco, Infarto) <input type="checkbox"/> 006-Hematológica (Ej. Lupus, Hemofilia, Anemia) <input type="checkbox"/> 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

Nota de Enfermería: _____

Nombre Enfermera: _____ Firma: _____ # Lic.: _____ Fecha y Hora: _____

Rev.12/2020

Nombre (Persona entrada de datos): _____

Fecha: _____