



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

Fase de Vacunación COVID-19: _____ Categoría: _____

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: <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <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
---	--	--	---

Dirección: Urb. o Barrio _____ Calle: _____ Número: _____ Pueblo: _____ Código Postal: _____ Teléfono: () _____ - _____ Correo Electrónico: _____	Persona responsable del paciente incluyendo menores de 21 años 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 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"/> 002-Metabólica (Ej. Diabetes)	<input type="checkbox"/> 003-Cardiovasculares (Ej. Fallo Cardíaco, Infarto)
<input type="checkbox"/> 004- Inmunosuprimido (Ej. Cáncer, HIV)	<input type="checkbox"/> 005- Hepática (Ej. Cirrosis, Hepatitis)	<input type="checkbox"/> 006-Hematológica (Ej. Lupus, Hemofilia, Anemia)
<input type="checkbox"/> 007- Neurológicas (Ej. Epilepsia, Parkinson)	<input type="checkbox"/> 008- Neuromuscular (Ej. Distrofia, Daño a cordón espinal o condición que afecte el manejo de secreciones)	<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 3^{ERA} DOSIS Refuerzo (inmunocomprometidos) (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 autorización de 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.

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: _____

Nombre (Persona entrada de datos): _____

Fecha: _____

Rev.08/2021