



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:**

- 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

**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)

- 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<sup>ERA</sup> DOSIS 2<sup>DA</sup> 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<sup>ERA</sup> DOSIS 2<sup>DA</sup> DOSIS

3<sup>ERA</sup> 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<sup>ERA</sup> DOSIS 2<sup>DA</sup> 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<sup>ERA</sup> DOSIS 2<sup>DA</sup> DOSIS

3<sup>RA</sup> 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 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. He sido notificado que el proveedor de la vacuna podrá facturarme \$5.00 por costo de reemplazo de la tarjeta de vacunación. 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.10/2021