



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: \_\_\_\_\_

Primer Apellido: \_\_\_\_\_

Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social: --

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ meses/ años

<b>Raza:</b> <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	<b>Origen Étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<b>Género:</b> <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 asegurador) \_\_\_\_\_  
 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)*

- Persona Embarazada (Pregnant Person)  
 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 Staff)  
 Participante Medicare parte B (Medicare part B participants)  
 Reacción alérgica severa (anafilaxia) a cualquier vacuna o terapia inyectable.  
 Encamado.

**ENFERMEDADES CRÓNICAS (Chronic Diseases)***Instrucciones: Favor de marcar las que apliquen. Entre a "Comment" de PREIS 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)     |

