



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

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 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 Participants)
- 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" 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^{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
 1^{ER} Refuerzo 2^{DO} Refuerzo
(Booster) (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

ORTHOPOXVIRUS

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

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. 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

Rev. 07/11/2022

Nombre (Persona entrada de datos):

Fecha: _____