



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**

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 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^{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 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