



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

<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
---	--	--	---

**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**

**N 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<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 (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 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.**

<input type="checkbox"/> <b>Acepto</b>	<input type="checkbox"/> <b>Rehúso a vacunarme</b>
_____ Firma del paciente o Encargado	_____ Fecha
Nombre en letra de Molde de MD / RN – Administra Vacuna _____ Firma de MD / RN – Administra Vacuna <span style="float: right;">Fecha</span> _____ Número de Licencia Profesional _____	

Rev.08/2021

**Nombre** (Persona entrada de datos): \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_