



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 Facultad: \_\_\_\_\_

*Instrucciones: escriba en letra de molde y complete en todas sus partes*

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (Personal Information)**

Nombre: \_\_\_\_\_ 2do. Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_

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

**CLASIFICACION DEL PACIENTE (Patient Classification by Risk Groups)**

*Instrucciones: Favor de marcar las que apliquen. Entre a "Comments" del PRIOR 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) \_\_\_\_ OMMME/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 PRIOR 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)