



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**

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 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)*

- 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)

