



DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARIA AUXILIAR SALUD FAMILIAR, SERVICIOS INTEGRADOS Y PROMOCION DE LA SALUD
PROGRAMA DE VACUNACION
CONSENTIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Número 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: _____

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
 Nativo de Hawaii u otras Islas del Pacífico
 Negro o afro-americano
 Asiático
 Blanco
 Otra raza

Origen Étnico:
 Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

Género: Masculino Femenino

Persona Responsable (Responsible Person)

Nombre: _____

Apellidos: _____

Relación: _____

Tel : (____) - _____ - _____

Primer nombre de madre: _____

ESCRIBA LA DIRECCION POSTAL

Dirección: Urb. o Barrio _____

Calle: _____ Número: _____

Pueblo: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____

ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE (Funding Programs / Eligibilities)

Paciente sin Plan Paciente Medicaid (Reforma) Paciente con Plan Privado _____
 Paciente Plan No cubre Vacuna

CLASIFICACION 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)
- Anafilaxis al huevo

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)

