



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: _____		Fecha de nacimiento: ____/____/____
Seguro Social: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Edad: _____ meses/años <small>mes día año</small>
<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>Dirección:</b> Urb. o Barrio _____ Calle: _____ Número: _____ Pueblo: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (    ) _____ - _____ Correo Electrónico: _____		<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <b>Persona responsable del paciente incluyendo menores de 21 años</b> Nombre: _____ Apellidos: _____ Relación: _____ Tel :    (____)-____-_____ Primer nombre de madre: _____
ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE (Funding Programs / Eligibilities)		
<input type="checkbox"/> Paciente sin Plan <input type="checkbox"/> Paciente Medicaid (Reforma) <input type="checkbox"/> Paciente con Plan Privado (nombre aseguradora) _____ <input type="checkbox"/> Paciente Plan No cubre Vacuna		
CLASIFICACION DEL PACIENTE (Patient Classification by Risk Groups)		
<i>Instrucciones: Favor de marcar las que apliquen. Entre a "Comments" del PRIR la(s) seleccionada(s)</i> <input type="checkbox"/> Embarazada (Pregnant Woman) <input type="checkbox"/> Personas que viven o cuidan a niños < 6 meses (People who live with or care for children < 6 months) <input type="checkbox"/> Empleado de la Salud (Healthcare Workers) (Trabaja con pacientes) <input type="checkbox"/> Personal de Servicios de Emergencias (Health Care and Emergency Services Personnel): ____ Policía Estatal(State Policemen) ____ Policía Municipal (Municipality Policemen) ____ Bomberos (Firemen) ____ OMME/AEMEAD <input type="checkbox"/> Empleado Centro Geriátrico (Elderly Home Participants) <input type="checkbox"/> Participante Medicare parte B (Medicare part B participants) <input type="checkbox"/> Anafilaxis al huevo		
ENFERMEDADES CRÓNICAS (Chronic Diseases)		
<i>Instrucciones: Favor de marcar las que apliquen. Entre a "Comment" del PRIR la(s) seleccionada(s)</i> <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)		

