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:** _____

**Apellido paterno:** _____ **Apellido materno**: _____

**Profesión:** _____ **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: (_____)-_____-_____

**Dirección:** Urb. o Barrio _____

Calle:_____ Número: _____

Pueblo: _____ Código Postal: _____

Teléfono: ( ) _____ - _____

Correo Electrónico: _____

Primer nombre de madre: _____

## ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE (Funding Programs / Elegibilities)

☐ **Paciente sin Plan** ☐ **Paciente Medicaid (Reforma)** ☐ **Paciente con Plan Privado (nombre aseguradora)** _____
☐ **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)*

☐ 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 "Comments" del PREIS la(s) seleccionada(s)*

☐ 001- Respiratoria Crónica (Ej. COPD, Asma)
☐ 002-Metabólica (Ej. Diabetes)
☐ 003-Cardiovasculares (Ej. Fallo Cardiaco, 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)

# VACUNAS

**INFLUENZA** ☐ 1ERA DOSIS ☐ 2DA 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** ☐ 1ERA DOSIS ☐ 2DA DOSIS ☐ 3ERA 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

**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** ☐ 1ERA DOSIS ☐ 2DA 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** ☐ 1ERA DOSIS ☐ 2DA DOSIS ☐ 3ra 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 de 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.**

☐ **Acepto** ☐ **Rehúso a vacunarme**

_____ _____
**Firma del paciente o Encargado** **Fecha**

_____
**Nombre en letra de Molde de MD / RN – Administra Vacuna**

_____ _____
**Firma de MD / RN – Administra Vacuna** **Fecha**

_____
**Número de Licencia Profesional**

Rev.08/2021

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

_____

***Fecha:*** _____

Programa de Vacunación
PO Box 70184 San Juan PR 00936-0184
Teléfono: (787) 765-2929 ext. 3338/ 3339/ 3342/ 3315/ 3316/ 3317/ 3318
www.salud.gov.pr