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:

Primer nombre de madre: _____

Dirección: Urb. o Barrio _____

Calle:_____ Número: _____

Pueblo: _____ Código Postal: _____

Teléfono:

Correo Electrónico: _____

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 ☐ Refuerzo (Booster)

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 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.09/2021

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