



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: Hospital Auxilio Mutuo

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: <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 afro-americano	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra raza	Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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 _____
 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)

<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)

