



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

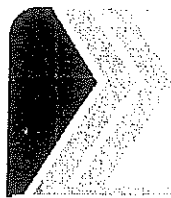
Núm. de PIN (Proveedor):

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: _____	
País de nacimiento: _____		
Seguro Social: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de nacimiento: ___/___/___	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 Pacifico <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>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: _____
<b>Dirección:</b> Urb. o Barrio _____ Calle: _____ Número: _____ Pueblo: _____ Código Postal: _____ Teléfono: ( ) _____ - _____ Correo Electrónico: _____		
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"/> Reacción alérgica severa (anafilaxia) a cualquier vacuna o terapia inyectable.		
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)		





# Cuestionario Pre-Vacunación Para Vacuna Contra el COVID-19 Pfizer-BioNTech

Forma VC2020-015 V2. 12/17/2020

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual usted no debería aplicarse la vacuna contra el COVID-19 hoy. Si su respuesta es "SI" a alguna pregunta, esto no significa que usted no se debe vacunar, simplemente quiere decir que le haremos preguntas adicionales o le daremos información adicional. Si alguna pregunta no está clara, por favor solicite que le expliquen.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Se está sintiendo enfermo el día de hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez ha recibido una vacuna contra el COVID-19? Si la respuesta es "Sí" seleccione cuál vacuna Pfizer <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica severa (p. ej. Anafilaxis) a algo? (Por ejemplo, una reacción por la cual haya tenido que ser tratado con epinefrina o un EpiPen®, o por la cual haya tenido que ir a un hospital) ¿La reacción alérgica severa fue después de recibir una vacuna contra COVID-19? ¿La reacción alérgica severa fue después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?	<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"/>
4. ¿Usted tiene algún trastorno de la coagulación o está tomando algún anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Usted ha recibido terapia de anticuerpos como tratamiento para COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario completado por \_\_\_\_\_ Fecha Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Cuestionario revisado por \_\_\_\_\_ Fecha Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_