



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE VACUNA PARA ADULTOS DEPARTAMENTO DE SALUD DE NUEVO MÉXICO

** Este formulario se debe usar solo para pacientes mayores de 19 años y mayores **

Revisado 07/2020

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Mes / Día / Año Nombre de soltera de la madre: _____
 Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: **NM** Zip: _____
 Teléfono durante el día: _____ Contacto de emergencia: _____ Relación: _____
 Género: Masculino Femenino Raza: Indio Americano / Nativo Americano / Nativo de Alaska Asiático Otro Negro / afroamericano Nativo de Hawái / Islas del Pacífico Blanco Etnicidad: Hispano No Hispano

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO - Llene la categoría apropiada - REQUERIDO

Centennial Care/Medicaid: Blue Cross Blue Shield Presbyterian Western Sky
 Política / Miembro # ID _____ Centennial Care Medicaid #: _____ Grupo #: _____
 Medicare Parte B:
 Abonado ID # _____ Parte responsable: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
 Sin Seguro Médico Seguro Privado

PREGUNTAS DE EXAMEN MÉDICO - REQUERIDO

Para los pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que no debe vacunarse. Simplemente significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, por favor pídale a su proveedor de salud que la explique.	No	Sí	No Sé
1. ¿Está usted enfermo/a hoy?			
2. ¿Tiene usted alergia a medicamentos, comida, componente de vacunas o látex tales como: neomicina, huevos, gelatina, MSG? Por favor enumere: _____			
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?			
4. ¿Tiene usted algún problema crónico de salud como enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (p. ej.: diabetes), anemia u otro trastorno sanguíneo?			
5. ¿Tiene usted cáncer, leucemia, VIH / SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmunológico?			
6. En los últimos 3 meses, ha tomado medicamentos que afectan su sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o fármacos contra el cáncer; fármacos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; ¿o ha tenido usted tratamientos de radiación?			
7. ¿Ha sufrido un ataque convulsivo, cerebral u otro problema del sistema nervioso? ¿Cómo el síndrome de Guillain-Barre u otros problemas del sistema nervioso?			
8. Durante el año pasado, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o ha recibido inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?			
9. Para las mujeres: ¿está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?			
10. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN

Se me ha dado y he leído o me han explicado, la información contenida en la Declaración de Información sobre Vacunas de las enfermedades y vacunas verificadas a continuación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna solicitada y solicito que se me den la vacuna verificada abajo o se la den a la persona nombrada por quien estoy autorizado/a para hacer la solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga al Departamento de Salud de New México / División de Salud Pública / Programa de Inmunización, por los servicios que me proporcionó ese programa. Autorizo a cualquier titular de Información médica a liberar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y a sus agentes toda la información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Yo específicamente autorizo la liberación de información de mi Medicare u otro número de póliza de seguro al Departamento de Salud de NM para permitir que el Departamento de Salud busque el reembolso por la vacuna y costos administrativos. A menos que yo firme una declaración que indique lo contrario, permito que la información de inmunización sea ingresada en el Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nuevo México (NMSIIS) y sea liberada a otros proveedores del cuidado de la salud para evitar la vacunación innecesaria o para determinar el estado de inmunización. Las Políticas de Privacidad de DOH están disponibles en <http://nmhealth.org/hlpa.shtml> y se darán a todos los pacientes cuando reciban una vacuna

Firma (Cliente/Guardián): _____ Fecha: _____

FOR CLINIC USE ONLY

Vaccine	Lot #	Exp. Date	Site & Route	Funding: 317 or State	Date of VIS
Flulaval (19515-0816-52)					
Flu-Mist (66019-0307-10)					
Fluarix (58160-0885-52)					
Fluzone (49281-0633-15)					
Fluzone (49281-0420-50)					
Flucelvax (70461-0320-03)					
Flucelvax (70461-0420-10)					
Afluria (33332-0320-01)					

Vaccinator (print name): _____ Signature: _____ Date of Service: _____
 Title of Vaccinator: _____ VFC Pin#: _____ Date VIS Given: _____
 Date NMSIIS Entered: _____ Date TransactRx Entered: _____ Notes: _____
 Address/location of vaccines given: _____

PO Box 250
 Tierra Amarilla, NM 87575
 505-588-7252