



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ANTIPNEUMOCÓCICA PARA ADULTOS rev 7/11

EDAD *****Para usarse con pacientes de 19 años y más ÚNICAMENTE*****

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____
Mm dd yyyy

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____

Género: Masculino Femenino
Etnia Hispana No Hispana
Raza África Americana Indo Americana Asiática Blanca Otra
SEGURO DE SALUD *Por favor marque la categoría apropiada (LA INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO Y LA PÓLIZA SE REQUIEREN)

-
- Yo estoy asegurado por Medicare
-
-
- Medicare es el seguro principal

de Medicare (incluya las letras) _____
Suplemento a Medicare Nombre de la compañía y # de Póliza _____ Medicaid/Salud – ponga una marca en el plan:

-
- Blue Salud
-
-
- Lovelace Salud
-
-
- Medicaid
-
-
- Molina Salud
-
-
- Presbyterian
-
-
- Otro: _____

de Medicaid (incluya las letras) _____

Seguro privado/Comercial:

-
- No tengo seguro médico
-
-
- Tengo seguro particular/comercial
-
-
- Blue Cross Blue Shield
-
-
- Lovelace
-
-
- Presbyterian
-
-
- United Healthcare
-
-
- Otro: _____

Nombre del asegurado (Apellido, nombre, inicial) _____

Nombre del empleador o nombre de la escuela del asegurado: _____

Dirección del asegurado: _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Parentesco con el asegurado El mismo El cónyuge Niño Otro

Grupo o FECA de la póliza de seguro particular o comercial _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____

Género: Masculino Femenino

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad para que sea vacunado hoy.	Si	No	No Sé
1. ¿Se siente enfermo hoy?			
2. ¿Es usted alérgico a medicinas, alimentos o a alguna vacuna? (por ejemplo: huevos, proteína, gelatina, al Sulfato de Gentamicina, a la Polimicina, Neomicina o Tiomersal?) Si Sí por favor enumere las alergias _____			
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción seria a una vacuna contra la gripe o a cualquier vacuna en el pasado?			
4. ¿Ha tenido alguna enfermedad como convulsiones, una enfermedad del cerebro, el Síndrome de Guillain-Barre (la enfermedad que causa parálisis), u otros problemas del sistema nervioso?			
5. ¿Tiene 65 años o más?			
6. ¿Fuma o tiene enfermedades crónicas (como el asma, la diabetes, etc..)?			
7. Si usted contestó que sí a los números 5 o 6, ¿ha recibido alguna vez la vacuna Pneumocócica o "contra la pulmonía"?			
8. Para mujeres: está usted embarazada o planea embarazarse durante el mes entrante?			

Se me ha dado una copia que he leído, o se me ha explicado, la declaración que contiene este formulario respecto a la vacuna y sobre la(s) vacuna(s) que he marcado arriba. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que me fueron contestadas a mi satisfacción. Yo creo y entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna que estoy pidiendo y pido que la vacuna marcada abajo me sea aplicada a mí o a la persona nombrada para quien estoy autorizada a hacer este pedido. Yo pido que el pago o los beneficios autorizados sean hechos al Departamento de Salud de Nuevo México, División de Salud Pública, Programa de Vacunas, por los servicios que se me han dado por ese programa. Yo autorizo a cualquier persona o agencia que tenga información médica sobre mí para que se la de a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes que necesiten cualquier información para determinar estos beneficios que se necesiten pagar por los servicios relacionados con estos programas. Yo autorizo específicamente a que se le de mi número de Medicare o el de otra póliza de seguro al Departamento de Salud de NM para que este Departamento busque ser reembolsado por la vacuna y por los costos administrativos.

Firma de la persona que recibirá la vacuna o de la persona autorizada para pedirla _____ Fecha _____

FOR CLINIC USE ONLY**ENTER THE APPROPRIATE TRADE NAME, LOT #, DATE of VIS, and SITE/ROUTE FOR EACH VACCINE GIVEN**

Vaccine	Brand Name	Lot #	Date of VIS	Site/Route codes below	Vaccine	Brand Name	Lot #	Date of VIS	Site/Route codes below
Influenza					Pneumococcal				

RA/IM (Right Arm/Intramuscular)
LA/IM (Left Arm/Intramuscular)
RT/IM (Right Thigh/Intramuscular)
LT/IM (Left Thigh/Intramuscular)
IN (Intranasal)

RA/SC (Right Arm/Subcutaneous)
LA/SC (Left Arm/Subcutaneous)
RT/SC (Right Thigh/Subcutaneous)
LT/SC (Left Thigh/Subcutaneous)
PO (By Mouth)

* Vaccinator: _____ * _____ * _____ * VFC Pin #: _____
(PRINT NAME) (SIGNATURE) (DATE OF SERVICE)

Direct Data Entry to New Mexico Statewide Immunization Information System (NMSIIS) is required at the provider site.