



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE NUEVO MÉXICO PARA VACUNAS DE ADULTOS

Este formulario debe ser utilizado para pacientes mayores de 19 años

Revisada 08/2023

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____
Fecha de nacimiento: _____ Nombre de soltera: _____
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: NM Código postal: _____
Teléfono de día: _____ Persona responsable: _____ Relación: _____

Género: Masculino Transgénero Femenino Desconocido
Raza: Indio Americano/Nativo Americano/Nativo de Alaska Asiático Otro Negro/Afro-American Nativo de Hawái/Islands del Pacífico Blanco
Etnicidad: Hispano No hispano

INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO - Llene la categoría adecuada - REQUISITO

Centennial Care/Medicaid: Blue Cross Blue Shield Presbyterian Western Sky
Póliza/# de miembro: # de Medicaid Centennial Care: # de grupo:
Medicare Parte B:
de Id. del suscriptor: Responsable: Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

No tiene seguro médico Seguro médico privado

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN MÉDICA - REQUISITO

Table with 4 columns: Question, No, Sí, No sé. Contains 10 medical questions regarding patient health, allergies, and recent treatments.

CONSENT FOR VACCINATION

Se me ha dado y he leído o me han explicado la información de la(s) Declaración(es) de Información sobre Vacunas para las enfermedades y vacunas marcadas a continuación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Considero que comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna solicitada y pido que la vacuna marcada a continuación se me administre a mí o a la persona nombrada para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Firma (Cliente/Tutor): _____ Fecha: _____

PARA EL USO DE LA CLÍNICA (FOR CLINIC USE ONLY)

Table with 6 columns: Vacuna, # de Lote, Fecha de Exp., Sitio y Vía, Fondos: 317 o Estado, Fecha de VIS. Multiple empty rows for data entry.

Vacunador (Nombre impreso): Firma: Fecha de servicio:
Título de vacunador: # Pin de VFC: Fecha que se dio VIS:

| | | |
|---|--|--------|
| Registrado en (Circule una): BEHR o Transact Rx (no puede ser en ambas) Fecha de Registro: | | Notas: |
| Dirección/ubicación de las vacunas administradas: | | |