



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 02/2018

Form fields for personal information: Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre, Fecha de nacimiento, Ciudad, Estado, Zip, Teléfono, Persona responsable, Relación.

Form fields for gender, race, and ethnicity: Género, Raza, Etnicidad.

INFORMACIÓN DEL SEGURO - Llene la categoría apropiada - REQUERIDO

Form fields for insurance information: Centennial Care/Medicaid, Medicare Parte B, Sin Seguro, Seguro Privado.

PREGUNTAS DE EXAMEN MÉDICO - REQUERIDO

Table with 4 columns: Question, No, Sí, No Sé. Contains 10 medical questions for patients.

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.

Firma (Cliente/Guardián): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

FOR CLINIC USE ONLY

Table with 6 columns: Vaccine, Lot #, Exp. Date, Site & Route, Funding: 317 or State, Date of VIS.

Form fields for vaccinator information: 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.