



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 08/2022

Apellido: _____		Nombre: _____		Initial 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 ☐ Negro/Afro-American ☐ Nativo de Hawái/Islands del Pacífico ☐ Otro 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

Para los pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar el día de hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no significa necesariamente que no deba ser vacunado. Sólo significa que hay que hacer más preguntas. Si una pregunta no está clara, pida a su médico que se la explique.	No	Sí	No sé
1. ¿Se encuentra usted enfermo hoy?			
2. ¿Ha dado positivo en la prueba de COVID-19 en los últimos 10 días?			
3. ¿Es alérgico a los medicamentos, a alimentos, a algún componente de la vacuna o al látex? Favor de enlistar: _____			
4. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave a una vacuna en el pasado?			
5. ¿Padece algún problema de salud a lo largo de su vida, como una enfermedad cardíaca, pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (por ej. diabetes), anemia u otro trastorno sanguíneo? ¿Está bajo tratamiento de aspirina a largo tiempo?			
6. ¿Padece de cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?			
7. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que afecten a su sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o ha recibido tratamientos de radiación?			
8. ¿Ha tenido alguna convulsión, problema cerebral o de otro sistema nervioso? ¿Tales como el síndrome de Guillain-Barré u otros problemas del sistema nervioso?			
9. En el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o le han administrado inmunoglobulina (gamma), anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia, o un medicamento antiviral?			
10. Para las mujeres: ¿Está usted embarazada o existe la posibilidad de embarazarse durante el próximo mes?			
11. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?			

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. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga al Departamento de Salud de Nuevo México/División de Salud Pública/Programa de Inmunización, por los servicios que me preste dicho programa. Autorizo a cualquier responsable de la información médica sobre mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados. Autorizo específicamente la divulgación de mi número de póliza de Medicare u otro seguro al Departamento de Salud de NM para permitir que el Departamento de Salud solicite el reembolso de la vacuna y los costos administrativos. A menos que firme una declaración que indique lo contrario, permito que la información de inmunización se ingrese en el Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nuevo México (NMSIIS) y se divulgue a otros proveedores de atención médica para evitar la vacunación innecesaria o para determinar el estado de inmunización. Las políticas de privacidad del DOH están disponibles en <http://nmhealth.org/hipaa.shtml> y se entregarán a todos los pacientes cuando reciban una inmunización.

Firma (Cliente/Tutor): _____ Fecha: _____

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

Vacuna	# de Lote	Fecha de Exp.	Sitio y Vía	Fondos: 317 o Estado	Fecha de VIS
Vacunador (Nombre impreso):		Firma:		Fecha de servicio:	
Título de vacunador:		# Pin de VFC:		Fecha que se dio VIS:	
Fecha de registro en NMSIIS:		Fecha de registro TransactRx:		Notas:	
Dirección/ubicación de las vacunas administradas:					



NEW MEXICO DEPARTMENT OF HEALTH ADULT VACCINE CONSENT FORM

****This form is to be used for patients aged 19+ and older ONLY****

Revised 08/2022

Last Name: _____		First Name: _____		Middle Initial: _____	
Birth Date: _____ Month / Day / Year		Mother's Maiden Name: _____ First and Last Name			
Mailing Address: _____		City: _____		State: NM	Zip: _____
Daytime Phone: _____		Responsible Person: _____ First and Last Name		Relationship: _____	
Gender: ☐ Male ☐ Transgender ☐ Female ☐ Unknown		Race: ☐ American Indian/Native American/Alaskan Native ☐ Asian ☐ Other ☐ Black/African American ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ White		Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic	
INSURANCE INFORMATION – Fill the appropriate category – REQUIRED					
Centennial Care/Medicaid: ☐ Blue Cross Blue Shield ☐ Presbyterian ☐ Western Sky Policy/ Member ID # _____ Centennial Care Medicaid #: _____ Group #: _____					
Medicare Part B: Subscriber ID # _____ Responsible Party: _____ Policy Holder's Date of Birth: _____					
☐ No Insurance ☐ Private Insurance					
MEDICAL SCREENING QUESTIONS - REQUIRED					
For patients: The following questions will help us determine which vaccines you may be given today. If you answer “yes” to any question, it does not necessarily mean you should not be vaccinated. It just means that additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your health care provider to explain it.				No	Yes
1. Are you sick today?					
2. Have you tested positive for COVID-19 in the last 10 days?					
3. Do you have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex? Please list: _____					
4. Have you ever had a serious reaction to a vaccine in the past?					
5. Do you have a long-term health problem with heart disease, lung disease, asthma, kidney disease, metabolic disease (ex: diabetes), anemia or other blood disorder? Are you on long term aspirin therapy?					
6. Do you have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem?					
7. In the past 3 months, have you taken medications that affect your immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease or psoriasis; or have you had radiation treatments?					
8. Have you had a seizure, brain, or other nervous system problem? Such as Guillain-Barre Syndrome or other nervous system problems?					
9. During the past year, have you received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin, monoclonal antibody or convalescent plasma, or an antiviral drug?					
10. For women: Are you pregnant or is there a chance you could become pregnant during the next month?					
11. Have you received any vaccinations in the past 4 weeks?					
CONSENT FOR VACCINATION					
I have been given and have read or have had explained to me, the information in the Vaccine Information Statement(s) for the diseases and vaccine(s) checked below. I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of the vaccine requested and ask that the vaccine checked below be given to me or the person named for whom I am authorized to make this request. I request that payment of authorized benefits be made to the New Mexico Department of Health/Public Health Division/Immunization Program, for services furnished to me by that program. I authorize any holder of medical information about me to release to the Centers for Medicare and Medicaid Services and its agents any information needed to determine these benefits payable for related services. I specifically authorize the release of my Medicare or other insurance policy number to the NM Department of Health to allow the Department of Health to seek reimbursement for the vaccine and administrative costs. Unless I sign a statement signifying otherwise, I allow immunization information to be entered into the New Mexico Statewide Immunization Information System (NMSIIS) and be released to other medical care providers to avoid unnecessary vaccination or to ascertain immunization status. The DOH Privacy Policies are available at http://nmhealth.org/hipaa.shtml and will be given to all patients when they receive an immunization.					
Signature (Client/Guardian): _____				Date: _____	
FOR CLINIC USE ONLY					
Vaccine	Lot #	Exp. Date	Site & Route	Funding: 317 or State	Date of VIS
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:					