



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 01/2019

Form fields for personal information: Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre, Fecha de nacimiento, Ciudad, Estado, etc.

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

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO - Llene la categoría apropiada - REQUERIDO

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

PREGUNTAS DE EXAMEN MÉDICO - REQUERIDO

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

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN

Legal consent text for vaccination, explaining the patient's understanding and authorization of medical information release.

Form fields for signature and date: 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.