



Departamento de Salud Pública del Condado de Fresno – Clínica de Vacunación Formulario de Consentimiento de Registro

Información del paciente	Fecha de Servicio _____	CAIR# _____
Apellido _____ Nombre _____		
Fecha de Nacimiento (mes/día/año) _____ Edad _____ Sexo _____ Primer Nombre de la Madre _____		
Domicilio _____ Apt # _____ Ciudad _____ Código Postal _____		
Lugar de Nacimiento _____ Número de Teléfono _____ Correo Electrónico _____		

<u>Origen Étnico</u>	<u>Raza</u>	<u>Idioma</u>
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Inglés
<input type="checkbox"/> No-Hispano	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hmong
	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro
	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	
	<input type="checkbox"/> Indio Americano	
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	
	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	

Persona Responsable <input type="checkbox"/> Marque aquí si el responsable es el paciente.	
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> El menor está dando su consentimiento* (<i>servicios limitados permitidos a menos que esté emancipado</i>)
<input type="checkbox"/> Padre Adoptivo*	<input type="checkbox"/> CAA* (Declaración Jurada del Cuidador)
<input type="checkbox"/> Tutor Legal*	<input type="checkbox"/> Consentimiento Notariado de los Padres* * Documentación requerida.
Apellido _____ Nombre _____	
Domicilio _____ Apt # _____ Ciudad _____ Código Postal _____	
Número de Teléfono _____ Correo Electrónico _____ Idioma _____	

Información del Proveedor de Atención Primaria	
Nombre de la Clínica Primaria _____	Número de Teléfono _____
Nombre del Doctor de Cabecera _____	

¿Para qué se necesitan las vacunas? (<i>seleccione todas las que correspondan</i>)		
<input type="checkbox"/> Vacunación de Rutina	<input type="checkbox"/> Vacunación Vencida	<input type="checkbox"/> Vacunación Requerida para la Escuela/Trabajo
<input type="checkbox"/> Vacunación Requerida para un Viaje	<input type="checkbox"/> Vacunación Requerida para la Inmigración	

Seguro de Salud e Información de Elegibilidad (<i>seleccione una</i>)			
Si es elegible para el programa VFC/317 y no puede pagar los servicios hoy, NO será rechazado. Por favor de hablar con la recepcionista en la ventana.			
<p style="text-align: center;">Seguros Privados (todas las edades)</p> <p><input type="checkbox"/> Seguros privados</p> <p><i>El Programa de Inmunización no cuenta con un mecanismo para facturar a los seguros privados.</i></p> <p><i>Si su hijo está cubierto por un seguro privado, es posible que tenga que pagar de su bolsillo.</i></p>	<p style="text-align: center;">Elegibilidad de VFC (niños menores de 18 años)</p> <p>Por favor, seleccione todas las que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> Medi-Cal o el Programa de Salud y Discapacidad Infantil (CHDP, por sus siglas en inglés)</p> <p><input type="checkbox"/> No Asegurado (no tiene seguro médico)</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska</p>	<p style="text-align: center;">317 Elegibilidad (adultos mayores de 19 años)</p> <p>Por favor, seleccione todas las que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> No Asegurado (no tiene seguro médico)</p> <p><input type="checkbox"/> Con seguro insuficiente, el paciente tiene seguro médico, pero:</p> <ul style="list-style-type: none"> No cubre vacunas ni No cubre ciertas vacunas o Cubre las vacunas con un límite fijo en dólares que se ha alcanzado. 	<p style="text-align: center;">Medi-Cal o Medicare (adultos mayores de 19 años)</p> <p>Por favor, seleccione todas las que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> Medi-Cal</p> <p><input type="checkbox"/> Medicare*</p> <p><small>*Los clientes de Medicare deben completar un formulario adicional de evaluación de elegibilidad.</small></p>



Solo para uso en oficina

Consentimiento Para Ser Vacunado

Me han dado una copia y he leído, o me han explicado, la información contenida en la(s) Declaración(es) de Información sobre la Vacuna o la(s) Declaración(es) de Información Importante(s) correspondiente(s) sobre la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) indicada(s) a continuación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) indicada(s) a continuación me sean administradas a mí o al niño/adulto mencionado anteriormente para quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

- | | | | | |
|--------------------------------|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> COVID | <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> PCV | <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> Varicella |
| <input type="checkbox"/> DTaP | <input type="checkbox"/> JYNNEOS | <input type="checkbox"/> Pediarix (DTaP, HepB, & IPV) | <input type="checkbox"/> RSV | <input type="checkbox"/> Vaxelis (DTaP, Polio, Hep B, Hib) |
| <input type="checkbox"/> Hep A | <input type="checkbox"/> Kinrix (DTaP & IPV) | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Shingrix (Shingles) | <input type="checkbox"/> Yellow Fever |
| <input type="checkbox"/> Hep B | <input type="checkbox"/> MenACWY | <input type="checkbox"/> PPD (TB Skin Test) | <input type="checkbox"/> Tdap | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> Meningitis B | <input type="checkbox"/> PPSV23 | <input type="checkbox"/> Twinrix (Hep A & B) | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> Proquad (MMRV) | <input type="checkbox"/> Typhoid | |

Vaccine funding source *(select all that apply)*

- VFC* 317 State Private

Form of Payment/Insurance *(select all that apply)*

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Cash | <input type="checkbox"/> Fee Reduction (form attached) |
| <input type="checkbox"/> Medicare (copy of card attached to ensure name is exact match for billing purposes) | <input type="checkbox"/> Credit Card | <input type="checkbox"/> Fee Waiver (form attached) |
| | <input type="checkbox"/> Check | |

* If the patient is underinsured and qualifies for VFC, FCDPH is not permitted to vaccinate these children per VFC guidelines. They must be referred to an FQHC or RHC for services.