



**Departamento de Salud Pública del Condado de Fresno - Programa de Inmunización**  
**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 \_\_\_\_\_

<b>Origen Étnico</b> _____	<b>Raza</b> _____	<b>Idioma</b> _____
<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**

Igual que Paciente  Padres  Padres adoptivo (se requieren documentos de tutela)  Tutor Legal (se requieren documentos de tutela)

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? (seleccione todos los que correspondan)**

Vacunación de rutina  Vacunación vencida  Vacunación requerida para la escuela/trabajo

Vacunación requerida para un viaje  Vacunación requerida para la inmigración

**Seguro de salud e información de elegibilidad (seleccione uno)**

Si es elegible para el programa de VFC/317 y no puede pagar los servicios hoy, NO será rechazado. Por favor de hablar con la recepcionista en la ventana.

**Seguros Privados Niños y Adultos**

El Programa de Inmunización no cuenta con la habilidad para facturar al seguro privado. Si su hijo está cubierto por un seguro privado, es posible que deba pagar de su bolsillo.

Seguro privado

(Las dosis pediátricas privadas generalmente se limitan a: Tdap, varicela, MMR y polio; consulte con el personal de la clínica para confirmar la disponibilidad.)

**Elegibilidad para el programa de Vacunas Para Niños (VFC) (niños menores de 18 años)**

Las siguientes declaraciones nos ayudaran a determinar si su hijo/a puede recibir vacunas a través del Programa de Vacunas para Niños (VFC).

**Marque la categoría correspondiente para el niño que recibirá la vacuna:**

1. Tiene Medi-Cal o el Programa de Salud y Discapacidad Infantil (CHDP)

2. El niño no tiene seguro (no tiene seguro médico privado)

3. El niño es Indio Americano o Nativo de Alaska

**Elegibilidad del Programa 317 (adultos mayores de 19 años)**

Las siguientes declaraciones nos ayudarán a determinar si puede recibir vacunas a través del programa estatal 317.

**Marque la categoría correspondiente para la persona que va a recibir la vacuna:**

1. La persona no tiene seguro (no tiene seguro médico privado)

2. La persona tiene seguro limitado, el paciente tiene seguro médico, pero:

- No cubre vacunas
- No cubre ciertas vacunas o
- Cubre vacunas con un límite de dólares fijo que se ha alcanzado



## Solo para uso del personal de la oficina

### Consentimiento Para Ser Vacunado

Me han entregado una copia y he leído, o me han explicado, la información contenida en las Declaraciones de Información Sobre Vacunas o las Declaraciones de Información Importante Correspondientes Sobre las Enfermedades y Vacunas que se indican a continuación. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) y solicito que la(s) vacuna(s) indicadas a continuación se me administren a mí o al niño/adulto mencionado anteriormente para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud.

Escriba Nombre Completo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

### Type of Insurance

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Not Insured       | <input type="checkbox"/> Medi-Cal                           | <input type="checkbox"/> Underinsured - <b>18 and under</b> <i>must be referred to a FQHC or RNC</i>     |
| <input type="checkbox"/> Private Insurance | <input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross (Managed Care)   | <input type="checkbox"/> Underinsured - <b>19 and over</b> <i>317 eligible with proper documentation</i> |
|  | <input type="checkbox"/> Health Net/Cal-Viva (Managed Care) |  |

### Vaccine Type (select all that apply)

- VFC     317     State     Private

### Form of Payment

- Medical     Cash     Check     CC     Fee Reduction (**form attached**)     Waiver (**form attached**)