



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 _____

Origen Étnico

- Hispano
- No-Hispano
- Desconocido

Raza

- Asiático
- Afroamericano
- Blanco
- Otro
- Nativo de Alaska
- Indio Americano
- Nativo de Hawái
- Isleño del Pacífico

Idioma

- Inglés
- Español
- Hmong
- Otro

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 - 18 and under <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 - 19 and over <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**)