



**Cumberland County Health Department**  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO/DOCUMENTACIÓN DE VACUNAS 19 AÑOS O MAYORES**

DEMOGRAFÍA					
<b>Nombre del Paciente:</b>		<b>Segundo nombre de pila</b>		<b>Apellido:</b>	
<b>Nombre de Soltero/a/Alias:</b>					
<b>Fecha de Nacimiento:</b> MM/DD/AAAA	<b>Edad:</b>	<b>Número de Teléfono:</b>	<b>Número de Seguro Social:</b>	<b>Lenguaje Primario:</b>	
<b>Etnicidad</b> Hispano Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico/Otra <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano	<input type="checkbox"/> Caucásico o Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiana <input type="checkbox"/> Desconocida u otra	<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		
<b>Género/Sexo</b> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		<b>Dirección de Envío:</b>	<b># de Apt:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>
				<b>Pais:</b>	<b>Código Postal:</b>

**FACTURACIÓN**

**Proveedor de Seguros Primario**  
 Nombre de Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ #ID: \_\_\_\_\_ #Grupo \_\_\_\_\_  
 Tenedor de la Poliza (Nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Tenedor de la Poliza: \_\_\_\_\_  
 Relación del paciente con el Tenedor de la Poliza (hijo/a, esposa/o, yo) \_\_\_\_\_

**Proveedor de Seguros Secundario**  
 Nombre de Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ #ID: \_\_\_\_\_ #Grupo \_\_\_\_\_  
 Tenedor de la Poliza (Nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Tenedor de la Poliza: \_\_\_\_\_  
 Relación del paciente con el Tenedor de la Poliza (hijo/a, esposa/a, yo) \_\_\_\_\_

Con mi firma a continuación, autorizo al Departamento de Salud del Condado de Cumberland a facturar a cualquiera de los pagadores médicos como se indicó anteriormente y proporcionar la información necesaria para procesar los reclamos. Autorizo el pago de beneficios médicos al Departamento de Salud del Condado de Cumberland por los servicios prestados y entiendo que seré responsable del pago de los cargos considerados "no cubiertos" por mi seguro de salud.

Todos los registros de los servicios prestados se consideran confidenciales. Esto constituye un aviso previo para usted, el beneficiario, de que si el Departamento de Salud cumple con todos los requisitos del programa y su Seguro de Salud no realiza el pago, usted puede ser responsable de los cargos. También puede ser responsable de los cargos si usted no informa al Departamento de Salud de la cobertura del seguro de manera oportuna. El abajo firmante ha leído la autorización anterior y entiende la misma. Certifico que la información proporcionada en esta página es verdadera y correcta según mi mejor entendimiento. Reconozco que me ofrecieron una copia de la Poliza de Privacidad del DSCC con fecha 9-2016.

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE CONTRAINDICACIONES PARA VACUNACIÓN**

1. ¿Estás enfermo o tienes una fiebra alta?	Si	No
2. ¿Tiene usted alergias a medicinas, alimento, un componente de la vacuna o látex? Enumere:	Si	No
3. ¿Ha tenido usted alguna vez una reacción grave después de recibir una vacuna? Por favor explique:	Si	No
4. ¿Ha tenido una convulsión, un trastorno del cerebro, síndrome de Guillain-Barré u otro problema del sistema nervioso?	Si	No
5. <b>Para Mujeres:</b> ¿Esta embarazada o hay la posibilidad de que salga embarazada durante el próximo mes? Si está embarazada, cuántas semanas de gestación? _____	Si	No

Review by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



### Cumberland County Health Department

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO/DOCUMENTACIÓN DE VACUNAS 19 AÑOS O MAYORES

### CONSENTIMIENTO PARA VACUNARSE

Me han ofrecido una copia de la Declaración(es) de Información de la(s) Vacuna(s) VIS marcadas abajo. He leído, se me ha explicado y entiendo la información en el VIS(s). Pido que se me adminstren las vacunas marcadas abajo a mí o la persona nombrada en el formulalrío por la cual yo estoy autorizado a solicitar. Doy mi permiso para la inclusión de estos datos de inmunización en el Registro de Inmunizaciones de Carolina del Norte para mí o en nombre de la persona nombrada en este formulario.

- Tdap       Td       Hepatitis A       Hepatitis B       Twinrix       Meningococcal B       Meningococcal (A,C,Y,W-135)  
 MMR       Varicella       Shingrix       Hib       Polio/IPV       Influenza       Gardasil 9  
 Prevnar 13       PPSV23       Typhoid       Pre-Exposure Rabies

SIGNATURE \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

### FOR CLINICAL USE ONLY

VACCINE	DOSE	EXT	SITE	ROUTE	VIS DATE	MANUFACTURER LOT #	EXP DATE
Td / Tdap	0.5 mL	RT LT	Deltoid	IM	Documented in NCIR		
Hepatitis A	1.0 mL	RT LT	Deltoid	IM	Documented in NCIR		
Hepatitis B	1.0 mL	RT LT	Deltoid	IM	Documented in NCIR		
Twinrix (Hepatitis A & B)	1.0 mL	RT LT	Deltoid	IM	Documented in NCIR		
Act Hib, Pedvax	0.5 mL	RT LT	Deltoid	IM	Documented in NCIR		
HPV (Gardasil 9)	0.5 mL	RT LT	Deltoid	IM	Documented in NCIR		
Influenza (IIV4) Fluzone, Flublok, High Dose	0.50mL	RT LT	Deltoid	IM	Documented in NCIR		
MCV4/MPSV4 (Menveo/Menactra)	0.5 mL	RT LT	Deltoid	IM	Documented in NCIR		
Meningococcal B	0.5 mL	RT LT	Deltoid	IM	Documented in NCIR		
MMR	0.5 mL	RT LT	Upper Arm	SC	Documented in NCIR		
Varicella	0.5 mL	RT LT	Upper Arm	SC	Documented in NCIR		
PCV13 (Prevnar 13)	0.5 mL	RT LT	Deltoid	IM	Documented in NCIR		
Polio/IPV	0.5 mL	RT LT	Upper Arm Deltoid	IM SC	Documented in NCIR		
PPV23	0.5 mL	RT LT	Deltoid	IM	Documented in NCIR		
Shingrix	0.5mL	RT LT	Deltoid	IM	Documented in NCIR		
Typhim Vi (≥ 2 years )	0.5 mL	RT LT	Deltoid	IM	Documented in NCIR		
Pre-Exposure Rabies	0.5 mL	RT LT	Deltoid	IM	Documented in NCIR		

VACCINE ADMINISTRATOR \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_