

VI. ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE (Funding Programs / Eligibilities)

- Paciente sin Plan
 Paciente Medicaid (Reforma)
 Paciente con Plan
 Paciente Plan No cubre Vacuna

VII. INFORMACIÓN PLANES MÉDICOS (Insurance Providers)

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ACAA | <input type="checkbox"/> Humana Military Health Care Services | <input type="checkbox"/> Plan San Carlos de Servicio de Salud |
| <input type="checkbox"/> American Health | <input type="checkbox"/> Humana-Reforma | <input type="checkbox"/> PRO Salud |
| <input type="checkbox"/> American Health Medicare | <input type="checkbox"/> Integrate Community Health System | <input type="checkbox"/> PRO Salud Medicare |
| <input type="checkbox"/> APS Healthcare | <input type="checkbox"/> MAPFRE | <input type="checkbox"/> PROSSAM-Comercial (Asoc. Maestros) |
| <input type="checkbox"/> Ashford Presbyterian Community Hospital | <input type="checkbox"/> MAPFRE Medicare | <input type="checkbox"/> PROSSAM Plus |
| <input type="checkbox"/> Centro San Cristobal JD | <input type="checkbox"/> MCS-Reforma | <input type="checkbox"/> Remedic |
| <input type="checkbox"/> CIGNA | <input type="checkbox"/> MCS Classicare | <input type="checkbox"/> Ryder Health Plan |
| <input type="checkbox"/> Cooperativa de Seguros Castañer (OSS) | <input type="checkbox"/> MCS (Medical Card System) -Privado | <input type="checkbox"/> Salud Dorada Medicare |
| <input type="checkbox"/> Corporación del Fondo del Seguro del Estado | <input type="checkbox"/> Medicare (Parte A y B) | <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Bella Vista |
| <input type="checkbox"/> Cooperación Insular de Seguros | <input type="checkbox"/> Mennonite General Hospital Inc. | <input type="checkbox"/> TriCare |
| <input type="checkbox"/> COSVI (Privado) | <input type="checkbox"/> MMM Healthcare | <input type="checkbox"/> Triple C-Reforma |
| <input type="checkbox"/> COSVI Reforma | <input type="checkbox"/> Option Health Care | <input type="checkbox"/> Triple S-Federal |
| <input type="checkbox"/> First Medical Health Plan, Inc. | <input type="checkbox"/> Option Health Care Network | <input type="checkbox"/> Triple S Platino-Medicare |
| <input type="checkbox"/> First Plus Medicare | <input type="checkbox"/> PALIC | <input type="checkbox"/> Triple S, Inc. |
| <input type="checkbox"/> Golden Cross Health Plan Corp. | <input type="checkbox"/> PALIC Medicare | <input type="checkbox"/> Unión de Carpinteros |
| <input type="checkbox"/> Hospital Auxilio Mutuo | <input type="checkbox"/> PHR (Pavía Hato Rey) | <input type="checkbox"/> Unión Gastronómica de PR (Local 610) |
| <input type="checkbox"/> Hospital Doctor Susoni | <input type="checkbox"/> Plan Comprensivo de Salud, Inc. | <input type="checkbox"/> Unión General de Trabajadores (UGT) |
| <input type="checkbox"/> Hospital Inter. Medicina Avanzada (HIMA) | <input type="checkbox"/> Plan de Salud Dr. Perea | <input type="checkbox"/> Unión Trabajadores de los Muelles |
| <input type="checkbox"/> Humana (PCA) Privado | <input type="checkbox"/> Plan de Salud Hospital Concepción HOSCO | <input type="checkbox"/> VA (Department Veteran Affair) |
| <input type="checkbox"/> Humana Gold Plus-Medicare | <input type="checkbox"/> Plan de Salud UIA, Inc. | <input type="checkbox"/> VA Medical Center |

VIII. INFORMACIÓN DE LA VACUNA (Vaccine Information)

Primera dosis
 Segunda dosis
 Fecha de Administración: / /

Número de Lote:
 Fecha de Expiración: / /

Nombre Comercial de la Vacuna (Trade Name)

- H1N1 CSL
 H1N1 MED Nasal
 H1N1 NOV
 H1N1P-Free NOV
 H1N1P-Free CSL
 H1N1P-Free SAN
 H1N1 SAN

Lugar de administración de vacuna (Body Site)

- BDS (Brazo Derecho)
 BIS (Brazo Izquierdo)
 MDS (Muslo Derecho)
 MIS (Muslo Izquierdo)

Right Arm

Left Arm

Right Thigh

Left Arm Thigh

Consentimiento

X Al firmar certifico que he sido orientado(a) sobre la Ley HIPAA, he recibido copia de la hoja de Información de la vacuna (VIS), he leído la información de la vacuna y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy satisfecho(a) con las respuestas a mis preguntas, he entendido los beneficios y riesgos de la vacuna. Autorizo la administración de la vacuna.

- Acepto
 Rehúso (Entrar a "Comment" del PRIR)

Firma del paciente o Encargado

Fecha

Nombre en letra de Molde de MD / RN – Administra Vacuna

Firma de MD / RN – Administra Vacuna

Fecha

Número de Licencia Profesional

Rev.10/09

Nombre (Persona entra data a PRIR): _____

Fecha: _____