

# Forma De Consentimiento

<b>ESCUELA:</b>	<b>Teacher/Grade:</b>
-----------------	-----------------------

<b>ESTUDIANTE</b>	NOMBRE	APPELLIDO (S)	<b>*PETICIÓN DEL ESTADO*</b> <b>GENERO:</b> <b>MASCULINO FEMENINO</b>
-------------------	--------	---------------	---

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	EDAD	GRADO	# DE TELEFONO	CORREO ELECTRONICO
----------------------------------	------	-------	---------------	--------------------

DIRECCIÓN	<b>RAZA DEL ESTUDIANTE:</b> (encierre en un círculo todas las que apliquen) <b>*REQUERIDO POR EL ESTADO*</b> África-americano/Negro Blanco Alaska Nativo Americano Asiático Hawaiano/Isleño del Pacífico Otro <b>ETNICIDAD:</b> Hispano No-Hispano Destinatario Rechazado	
CIUDAD	CODIGO POSTAL	ESTADO

Nombre y apellido de soltera de la madre	<b>¿Estás o quieres estar inscrito en Immtrac (base de datos estatal de vacunas)?</b> Sí ___ NO ___ <b>Nuevos inscritos, complete el registro de vacunación en la última página.</b>
--	--

**Estamos obligados a facturarle a su seguro por nuestros servicios. Adjunte una copia de su tarjeta de Seguro, Medicaid o CHIP y complete la información del seguro a continuación. Toda la información es confidencial.**  
**COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN DEL FORMULARIO EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTA PÁGINA.**

<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> El seguro privado no cubre las vacunas	<b>Compañía de Seguro, Medicaid, o CHIP:</b>		
Portador de la Póliza:	NOMBRE	APPELLIDO (S)	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)
Miembro/ DoD ID (Todas las letras y números)		# de Grupo/ # de Beneficios	


**\*MARQUE SÍ O NO PARA CADA PREGUNTA\***

		SÍ	NO
1	¿Alguna vez ha tenido una reacción grave o potencialmente mortal a alguna vacuna la persona que va a ser vacunada?		
2	¿Ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré la persona que se va a ser vacunada?		
3	¿El paciente es alérgico a los huevos?		
4	¿El paciente tiene alergia a algún componente de la vacuna?		

**AVISO  
IMPORTANTE**


**SOLO DEVUELVA ESTE FORMULARIO  
SI QUIERE ESTA VACUNA**


**ESTA FORMA DEBE SER LLENADO  
COMPLETAMENTE ENFRENTÉ Y ATRÁS, Y FIRMADA,  
O SU HIJO NO SERÁ VACUNADO**



He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de información sobre la vacuna. Estoy consciente de que puedo encontrar la Declaración de información sobre vacunas más actualizada y otra información en [www.immunize.org](http://www.immunize.org) o [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y comprender los riesgos y beneficios. Por la presente, reconozco que según la información que se me presenta, mi hijo es elegible para recibir la (s) vacuna (s) en esta fecha. Solicito y consiento voluntariamente que la (s) vacuna (s) se administren al niño mencionado anteriormente de quien soy el padre o tutor legal y que tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Mi hijo se siente bien hoy y no ha tenido fiebre recientemente. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema asociado con la recepción de la vacuna. Por la presente, libero al sistema escolar, Health Hero America LLC, sus empleados, representantes y agentes de cualquier responsabilidad por dar las vacunas a mi hijo. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio en la salud de mi hijo antes de la fecha de la clínica de vacunación. Las fechas de clínica en la escuela se pueden obtener de la misma escuela.

Autorizo a HHA a proporcionar a la escuela de mi hijo documentación de las vacunas que se administran hoy.

 _____ Nombre del Padre o tutor	_____ Firma del Padre o Tutor	_____ Fecha
_____ Fecha	_____ Firma del personal de HHA	

<b>****AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY****</b>	<b>Health Hero America, LLC</b> 244 Flightline Dr. Spring Branch, TX 78070 mbatey@coldchain-tech.com <b>210-634-0111</b>
Administered by: _____ Location: RA LA	

# NECESARIO

## Programa de Vacunas para Niños de Texas Registro de evaluación de elegibilidad del paciente

Un registro de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciben vacunas a través del Programa de Vacunas para Niños de Texas (TVFC) debe mantenerse en el consultorio del proveedor de atención médica durante un mínimo de cinco (5) años. El registro puede ser completado por el padre, tutor, individuo de registro o por el proveedor de atención médica. La evaluación de elegibilidad de TVFC y la documentación del estado de elegibilidad deben realizarse con cada visita de vacunación para garantizar el estado de elegibilidad para el programa. Si bien no es necesario verificar las respuestas, es necesario conservar este o un registro similar para cada niño que recibe vacunas bajo el programa TVFC.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido (s) Inicial Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

Padre, tutor o persona encargada en registrada: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido (s) Inicial

Nombre del su doctor de cabecera: \_\_\_\_\_

**Por favor marque la categoría que aplica:**

- Tiene un seguro privado que cubre las vacunas     Tiene seguro comercial, pero la cobertura no incluye vacunas o cubre solo vacunas seleccionada
- No tiene seguro de salud     Seguro insuficiente atendido por FQHC, RHC o proveedor suplente
- Está inscrito en Medicaid. Compañía Medicaid \_\_\_\_\_ Número de Medicaid \_\_\_\_\_
- Está inscrito en el Plan de seguro médico para niños. Número de CHIP \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_
- Es un indio americano o un nativo de Alaska

Stock No. C-10  
Rev. 05/2017

## MANDATORY FOR NEW IMMTRAC MEMBERS/CHANGE OF INFORMATION REGISTRO DE IMMUNIZACIÓN (ImmTrac2) Consentimiento para menores de edad\*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Primer nombre del menor Segundo nombre Apellido Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa)

Sexo del menor:  Femenino     Masculino

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dirección del menor Núm. de apartamento County

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal Teléfono

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Correo electrónico Nombre de la madre Apellido de soltera

Race (select all that apply)		Ethnicity (select only one)
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispanic o Latino
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> NO Hispanic o Latino
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Se negó a contestar
		<input type="checkbox"/> Se negó a contestar

ImmTrac2, el registro de vacunaciones de Texas, es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda los registros de vacunación de su hijo (hasta los 18 años de edad). Con su debida autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo se incluirá en el registro ImmTrac2. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes.

**El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas lo anima a que participe de forma voluntaria en el registro de inmunización de Texas.**

**Consentimiento para incluir en el registro a un menor y para divulgar sus datos a las entidades autorizadas**

Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización de Texas ("ImmTrac2"). Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en el ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella:

- un distrito de salud pública o departamento de salud local, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción;
  - un médico u otro proveedor de salud legalmente autorizado para aplicar vacunas, como parte del tratamiento al menor como su paciente;
  - una dependencia estatal que tenga la custodia legal del niño;
  - una escuela o guardería en la que el niño esté inscrito;
  - un pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con la cobertura del menor.
- Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir los datos de mi hijo en el registro ImmTrac2 para divulgar la información contenida en el registro en cualquier momento, enviando una carta a esta dirección: Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347

**Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR los datos de mi hijo en el Registro de Inmunización de Texas.**

**Padre, tutor o titular de la custodia:** \_\_\_\_\_  
Nombre escrito a mano

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

**Aviso de confidencialidad:** Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y recibir información sobre los datos que el estado de Texas recabe sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo solicita. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)