

# Forma De Consentimiento

ESCUELA:

Teacher/Grade:

ESTUDIANTE	NOMBRE		APPELLIDO (S)		*PETICIÓN DEL ESTADO* GENERO: MASCULINO FEMENINO	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	EDAD	GRADO	# DE TELEFONO	CORREO ELECTRONICO		
DIRECCIÓN			RAZA DEL ESTUDIANTE: (CIRCULE UNO) *REQUERIDO POR EL ESTADO* Áfrico-americano/Negro Blanco Alaska Nativo Americano Asiático Hispano No-Hispano Hawaiano/Isleño del Pacifico Otro			
CIUDAD	CODIGO POSTAL	ESTADO				
Apellido de la mamá		¿Estás o quieres estar inscrito en Immtrac (base de datos estatal de vacunas)? Sí ___ NO ___ Nuevos inscritos, complete el registro de vacunación en la última página.				
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. <b>COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN DEL FORMULARIO EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTA PÁGINA.</b>						

Medicaid <input type="checkbox"/>	CHIP <input type="checkbox"/>	Sin Seguro <input type="checkbox"/>	Compañía de Seguro, Medicaid, o CHIP:			
Portador de la Póliza:	NOMBRE		APPELLIDO (S)		Portador de la Póliza:	
Miembro/ DoD ID (Todas las letras y números)				Miembro/ DoD ID (Todas las letras y números)		

\*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

\*\*\*\*AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY\*\*\*\*

Administered by: \_\_\_\_\_ Location: RA LA

Health Hero America, LLC  
244 Flightline Dr.  
Spring Branch, TX 78070  
mbatey@coldchain-tech.com  
210-634-0111



# 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: \_\_\_\_\_  
 Apellido (s) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_
- Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Padre, tutor o persona encargada en registrada: \_\_\_\_\_  
 Apellido (a) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_
- Nombre del su doctor de cabecera: \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_
- Por favor marque la categoría que aplica:
  - Está inscrito en Medicaid. Número de Medicaid \_\_\_\_\_ Fecha de elegibilidad \_\_\_\_\_
  - 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
  - No tiene seguro de salud
  - Está sub-segurado:
    - Tiene seguro comercial, pero la cobertura no incluye vacunas.
    - El seguro comercial cubre solo vacunas seleccionada
  - Seguro insuficiente atendido por FQHC, RHC o proveedor suplente
  - Tiene un seguro privado que cubre las vacunas.

Stock No. C-10  
Rev. 05/2017

## OBLIGATORIO PARA NUEVOS MIEMBROS DE INMTRAC / CAMBIO DE INFORMACIÓN

### IMMUNIZATION REGISTRY (ImmTrac2) Minor Consent Form



(Please print clearly)

\_\_\_\_\_  
**Child's Last Name**

\_\_\_\_\_  
**Child's Middle Name**

\_\_\_\_\_  
**Child's First Name Child's**

\_\_\_\_\_  
**Child's Gender:** Male  Female

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Date of Birth** \*Children younger than 18 years old only

\_\_\_\_\_  
**Child's Address**

\_\_\_\_\_  
**Apartment #**

\_\_\_\_\_  
**Telephone**

\_\_\_\_\_  
**City**

\_\_\_\_\_  
**State**

\_\_\_\_\_  
**Zip Code**

\_\_\_\_\_  
**County**

\_\_\_\_\_  
**Mother's First Name**

\_\_\_\_\_  
**Mother's Maiden Name**

ImmTrac2, the Texas immunization registry, is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). The immunization registry is a secure and confidential service that consolidates and stores your child's (younger than 18 years of age) immunization records. With your consent, your child's immunization information will be included in ImmTrac2.

Doctors, public health departments, schools, and other authorized professionals can access your child's immunization history to ensure that important vaccines are not missed.

**The Texas Department of State Health Services encourages your voluntary participation in the Texas immunization registry.**

**Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized Entities**

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of the child's immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the state's central immunization registry ("ImmTrac2"). Once in ImmTrac2, the child's immunization information may by law be accessed by:

- a public health district or local health department, for public health purposes within their areas of jurisdiction;
- a physician, or other health-care provider legally authorized to administer vaccines, for treating the child as a patient;
- a state agency having legal custody of the child;
- a Texas school or child-care facility in which the child is enrolled;
- a payor, currently authorized by the Texas Department of Insurance to operate in Texas, regarding coverage for the child.

I understand that I may withdraw this consent to include information on my child in the ImmTrac2 Registry and my consent to release information from the Registry at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

**By my signature below, I GRANT consent for registration. I wish to INCLUDE my child's information in the Texas immunization registry. Parent, legal guardian, or managing conservator:**

Date \_\_\_\_\_

Printed Name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

**Privacy Notification:** With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.texas.gov>

for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

Stock No. C-7 Revised 09/2017