



Día de vacunación de Waco ISD  
en el Distrito de Salud Pública del Condado de McLennan

13 de noviembre de 2020

Padres / Tutores:

Waco ISD transportará a los estudiantes al Distrito de Salud Pública del Condado de McLennan el miércoles 2 de diciembre de 2020 para recibir las vacunas requeridas por el estado. Si está recibiendo esta carta, es porque su estudiante está atrasado en una o más vacunas que se requieren para asistir a la escuela pública. Si su estudiante está al día con las vacunas, proporcione a la enfermera de su escuela un registro de vacunas actual antes del 20 de noviembre de 2020 (antes del 30 de noviembre si la escuela de su hijo está cerrada actualmente para instrucción en persona).

Si desea que su estudiante participe en este evento, complete los formularios de permiso adjuntos y devuélvalos antes del 20 de noviembre de 2020. Los estudiantes serán transportados en autobús al distrito de salud para recibir las vacunas y regresar a la escuela durante el día escolar. Si su estudiante está en el 5º grado o menos, un padre / tutor debe estar presente para que su estudiante reciba las vacunas. Puede traer a su estudiante al distrito de salud o encontrarse con su estudiante allí.

El Distrito de Salud Pública del Condado de McLennan acepta los siguientes proveedores de seguros; Medicaid, Aetna, Humana, Blue Cross Blue Shield, FirstCare y Cigna. Por favor proporcione una copia de la tarjeta de seguro / Medicaid de su estudiante con los formularios de permiso completados. A los estudiantes que no tengan los proveedores de seguro mencionados anteriormente se les pedirá una tarifa administrativa de \$ 14.

También puede llevar a su estudiante a su proveedor de cuidado primario para recibir las vacunas requeridas por el estado. Si su estudiante no tiene un PCP, consulte el folleto adjunto de la línea directa para mujeres y niños del Family Health Center.

Todos los estudiantes matriculados en una escuela pública deben estar al día con sus vacunas o deben tener una forma actual de exención consciente archivada antes del viernes 4 de diciembre de 2020.

Si desea hablar sobre los registros de vacunación de su hijo, comuníquese directamente con la enfermera de su escuela. Los formularios en línea se pueden encontrar en el [sitio web](#) de Servicios de Salud para Estudiantes de WISD.

Gracias,

Rhiannon Settles, BSN, RN-BC  
Directora de servicios de salud  
254-754-9480

• . Please fill in shaded areas  
 . . •Por favor llene las areas acentuadas

OSS  
 D I  
 OFV

No Shot Record

Waco-Mclennan County Public Health District  
 225 W. Waco Drive  
 Waco, TX 76707

Date of Service 12-02-2020

Immunization Form

First Name / Primer Nombre

Middle Initial/ Nombre Segundo:

Last Name / Apellido

Sex/Sexo  
 {check one}  
 (marca: auno)  
 Male  
 Hombre  
 Female  
 Mujer

Date of Birth  
 Fecha de Nacimiento  
 -- / -- / --  
 MM DD YY  
 •• Dia Año

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

City/Ciudad: \_\_\_\_\_ County/Condado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Telephone #/Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Household  
 Receives  
 W.t.C.  
 Redbe w.r.c.  
 en sucasa:

Yes/Si  
 No/No

Medicaid Number/Numero de Medicaid

SS NUMBER/ Numero de Segura Social

Mother's Maiden Name/Apellido de Soltera de la Madre

Remind Me: I consent to vaccine reminders by email  
 Do not permit a notification by email

OFFICE USE ONLY

Circle Series of Immunization	Manufacturer/ VIS Date	NOC Code	Vaccine Procedure Code	Lot#	Site
1 2 3 Pediarix (DTaP/IPV/Hep B)	GSK		90723-223		
1 2 3 4 Pentacel (DTaP/HIB/IPV)	SNF		90698-223		
4 Kinrix (DTaP/IPV)	GSK/SNF		90696-223		
1 2 3 4 DTaP (aceUular)	GSK/SNF		90700-223		
OT	SNF		90702		
1 2 3 4 Td	M.810/SNF		90714-223		
1 Tdap	GSK/SNF		90715-223		
1 2 3 4 IPV	SNF		90713-223		
1 2 3 4 Hibcv	GSK/SNF		90648-223		
1 2 HEPA(Pedij)	GSK		90633-223		
1 2 HEPA(Adult)	GSK		90632-223		
1 2 3 HEPB(Pedl)	GSK/MRK		90744-223		
1 2 3 HEPB(Adult)	GSK/MRK		90746-223		
1 2 3 4 HEP B/HEP A (TwinRI)	GSK		90636-223		
1 2 MMR MMRV	MRK		MMR 90707-223	MMRV 90711-223	
1 2 Meningococ.il	GSK/SNF		90734-223		
1 2 3 HPV9	MRK		90651-223		
1 2 3 ROTATEQ	MRK		90680-223		
1 2 Influenza (6-35 mol Quad, Pfs)			MOckad 9079	90710- 223	
1 2 Influenza 6 mo+, Quad, MDV			90688-223		
1 2 Influenza 6 mo, Quad, PFS			90685-223		
1 2 Influenza, Nasal, 2-49 yr	Medimmune		90672-223		
1 Pneum. Poly- 23	MRK		90732-223		
1 2 3 4 Pneumococ I Conjugate-13	Phizer		90670-223		
1 2 Varicella	MRK		90716-223		
1 2 Meningococcal B	GSK/Phizer		90620m   90621-223		
1 Typhoid	SNF		90691-223		
1 Yellow Fever	SNF		90717-223		
1 2 Shingrix	GSK		90750		
TB Skin Test Given No	Yes SNF		86580		

Legend: Merk= MRK GlaxoSmithKline=GSK Sanofi = SNF

●●●Please fill in shaded areas  
 u • Por favor llene las areas acenluadas

The client or the client's parental guardian must answer ALL of the following questions before any Immunizations will be given.  
 El cliente o el custodio legal tiene que contestar TODAS las siguientes preguntas antes de recibir Inmunizaciones.

(Circle Answer/ Circule las respuestas)

- YES/ SI NO 1. Is the client sick today or has he/she been sick in the last week?  
*Esta el cliente enfermo hoy o el/el/a a estado enfermo/a en lo ultimo semana?*
- YES/ SI NO 2. Is the client taking any medications? If so, please list them here: \_\_\_\_\_  
*El cliente toma alguna medicina? Si responde st porfavor listo oqul: \_\_\_\_\_*
- YES/ Sf NO 3. Does the client have allergies to gelatin/Jello, neomycin, streptomycin, polymyxin B, baker's yeast, eggs, thimerosal, latex, or reaction to Immune Globulin?  
*Tiene el cliente alergias a la gelatina, huevos, neomicino, estrotomicina, po/ymyxin B, thimerosol, productos que contienen levadura de ponadero, productos de latex o reocclon a Globulin Immune?*
- YES/ SI NO 4. Has the client had a serious reaction to a vaccine in the past?  
*El cliente o tenido alguna reoccion grave a uno vacuno en el pasado?*
- YES/ SI NO 5. Has the client had a seizure or other nervous system disorders?  
*El cliente a ten/do convulsiones o otros ataques def sistema nervioso.*
- YES/ SI NO 6. Does the client (or other persons in the home) have cancer, leukemia, AIDS or any other immune system problem?  
*El c/iente o persanos que viven en el mismo hogor, tienen SIDA, cancer, leukemia o en/ermedades que debilitan el sistema inmunologico.*
- YES/ SI NO 7. Has the client taken cortisone or other steroids, anticancer drugs, or x-ray treatments in the past 3 months?  
*El c/lente a tomado cortisone or otro tipo de esteroides, drogas anticancer, o tratamientos de radiogro/ia en los posados 3 meses?*
- YES/SJ NO 8. Has the client received a blood transfusion, plasma, or been given a medicine called Immune (gamma) globulin in the past 12 months?  
*El cliente o recibido una transfusion de sangre, plasma, ofue dodo uno medicina llomodo globln Inmune (gamma) en /os pasados 12 meses?*
- YES/SI NO 9. Has the client had the chickenpox illness? Or has received the vaccine?  
*El cliente a tenido lo enfermedad de Viruela o a recblido la voccuna contra la Varice/a?*
- YES/ SI NO 10. Has the client had a TB skin test in the past 3 days?  
*El cliente a recibido uno prueba de piel de TB en los posados tres dias?*
- YES/ SI NO 11. FOR TB SKIN TES: Has the client had a positive TB test in the past or taken TB medications? If so, when?  
*Pruebo de tuberculosis: El cliente o recblido uno pruebo posltivo de tuberculosis en el posodo o a tomado medicina poro tratar el tuberculosis? Cuando? \_\_\_\_\_*
- YES/SI NO 12. Has the client had an Immunization in the past 4 weeks?  
*El cliente a recibido vaccunas en los pasodos cuatro semanas?*
- YES/ SI NO 13. Does the client have a family physician? If "NO" see provider list.  
*Tlene el cliente un doctorfamiliar? En coso que "NO" porfavor veo la listo de proveedores.*
- YES/SI NO 14. Does the client have a chronic medical condition (regardless of age). Such as:  
 Asthma or another lung disease? YES/NO Heart disease? YES/NO Diabetes? YES/NO  
 Kidney disease YES/NO Blood disease? YES/NO Are you pregnant? YES/NO  
 Weakened immune system? YES/NO  
 Have you been vaccinated with Pneumonia Vaccine YES/NO  
*El cliente tiene alguno condicion medico cronica (sin importar lo edad). Toi como:  
 Asma o alguna otra en/ermedad pulmonary? SI/NO Enfermedod de/ Corazon? SI/NO  
 En/ermedod de los rinones? SI/NO En/ermedod de lo sangre? SI/NO Esta embarazado? SI/NO  
 Deficiencias de/ sistema inmunologlco? SI/NO A recibido la vaccuna contra la neumonia? SI/NO*
- YES/ St NO 15. FOR FEMALES: Is the client pregnant or could she become pregnant in the next (1) month?  
 UNote: A client must NOT become pregnant within 1 month after receiving the MMR (measles, mumps, rubella) vaccine or the Varicella (Chickenpox) vaccine.  
*SI el cliente es una mujer - El cliente esta embarazada o podria /legar a ser embarazada en un (1) mes?  
 ONote: Un cliente no debe llegar a serembarzado dentro de un (1) mes despues de recibir la vacuno de MMR (Sarampian,, Paperas, Rebeolo) ni la vacuna de Varicela.*

• The client or the clients parent/guardian must answer All questions on this form before any Immunizations will be given.  
 \*\*El cliente o el padre/madre del cliente o clustodio legal tiene que contestar TODAS las preguntas que estan en esta forma antes de recibir Inmunizaciones.

CONSENT FOR IMMUNIZATIONS: I have received, read or had explained to me the vaccine information statement and I understand this information. I give permission to the Waco-McLennan County Public Health District, its staff and other health care personnel under IU sponsorship, to give immunizations and/or TB skin test to the person identified on this form. I understand that immunizations given at school sites may be given without me being present.

CONSENTIMIENTO PARA INMUNIZACIONES: E recibido, leído o explicado la informacion y si entiendo esta informacion. Le doy permiso al personal de esta institucion para que se le administren vacunas o la prueba de Tuberculosis a la persona nombrada en esta forma. Entiendo que las vacunas administradas en la escuela se podran dar sin que yo este presente.

Signature of CONSENTING ADULT/ Firma del adulto que da permiso: \_\_\_\_\_ Date Signed/Fecha de Firma: -12/02/2020...

{Check one/marc:a uno) D Parent/ padre/madre D Guardian/El suardian  Other/Otro

VIS Form/s given & vaccine ADMINISTERED BY: \_\_\_\_\_ Date Signed 12-02

A record of all children 18 years of age or younger who receive immunizations through the Texas Vaccines for Children (TVFC) Program must be kept in the health care provider's office for a minimum of five (5) years. The record may be completed by the parent, guardian, individual of record, or by the health care provider. TVFC eligibility screening and documentation of eligibility status must take place with each immunization visit to ensure eligibility status for the program. While verification of responses is not required, it is necessary to retain this or a similar record for each child receiving vaccines under the TVFC Program.

1. Child's Name: -----  
 Last Name First Name MI

2. Child's Date of Birth: ---/---/---  
 MM DD YYYY

3. Parent, Guardian, or Individual of Record: -----  
 Last Name First Name MI

4. Primary Provider's Name: -----  
 Last Name First Name MI

5. To determine if a child (0 through 18 years of age) is eligible to receive federal vaccine through the TVFC Program, at each immunization encounter or visit, enter the date and mark the appropriate eligibility category. If Column A - F is marked, the child is eligible for the TVFC Program. If column G is marked the child is not eligible for federal VFC vaccine.

Date	Eligible for VFC Vaccine				State Eligible		Not Eligible
	A	B	C	D	E	F	G
	Medicaid Enrolled	No Health Insurance	American Indian or Alaskan Native	* Underinsured served by FQHC, RHC, or deputized provider	** Other underinsured	*** Enrolled in CHIP	Has health insurance that covers vaccines
12/02/2020							

\* Underinsured includes children with health insurance that does not include vaccines or only covers specific vaccine types. Children are only eligible for vaccines that are not covered in the contract. In addition, to receive VFC vaccine, underinsured children must be vaccinated through a Federal/Qualified Health Center (FQHC), a Rural Health Clinic (RHC), or under an approved deputized provider. The deputized provider must have written agreement with an FQHC or an RHC and the state, local or territorial immunization program in order to vaccinate underinsured children.

\*\* Other Underinsured are children that are underinsured but are not eligible to receive federal vaccine through the TVFC Program because the provider or facility is not an FQHC or an RHC, or a deputized provider. However, these children may be served if vaccines are provided through the state program to cover these non-TVFC-eligible children.

\*\*\* Children enrolled in the State of Texas Children's Health Insurance Program (CHIP). An agreement between the DSHS Immunization

## Consent for Purposes of Treatment, Payment and Health Care Operations

I consent to the use or disclosure of my protected health information by the Waco-McLennan County Public Health District for the purpose of diagnosing or providing treatment to me, obtaining payment for my health care bills or to conduct health care operations of the Waco-McLennan County Public Health District.

I understand that diagnosis or treatment of me by the Waco-McLennan County Public Health District may be conditioned upon my consent as evidenced by my signature on this document.

I understand that I have the right to request a restriction as to how my protected health information is used or disclosed to carry out treatment, payment or health care operations of the practice. The Waco-McLennan County Public Health District is not required to agree with the restrictions that I may request. However, if the Waco-McLennan County Public Health District agrees to a restriction that I request, the restriction is binding on the Waco-McLennan County Public Health District.

I have the right to revoke this consent, in writing, at any time, except to the extent that the Waco-McLennan County Public Health District has taken action in reliance on this consent.

My "protected health information" means health information, including my demographic information, collected from me and created or received by the Waco-McLennan County Public Health District staff, another health care provider or a health plan. This protected health information relates to my past, present or future physical or mental health or condition and identifies me, or there is a reasonable basis to believe the information may identify me.

I understand I have the right to review the Waco-McLennan County Public Health District's Notice of Privacy Practices prior to signing this document.

I have received a copy of the Waco-McLennan County Public Health District's Notice of Privacy Practices.

The Notice of Privacy Practices describes the types of uses and disclosures of my protected health information that will occur in my treatment, payment of my bills or in the performance of health care operations of the Waco-McLennan County Public Health District.

The Notice of Privacy Practices for the Waco-McLennan County Public Health District is also posted in each department of the Health District and on the City of Waco's web site at [www.waco-texas.com/services/health](http://www.waco-texas.com/services/health).

This Notice of Privacy Practices also describes my rights and the duties of the Waco-McLennan County Public Health District with respect to my protected health information.

The Waco-McLennan County Public Health District reserves the right to change the privacy practices that are described in the Notice of Privacy Practices.

I may obtain a revised Notice of Privacy Practices by accessing the Waco-McLennan County Public Health District's web site, calling the office and requesting a revised copy be sent in the mail or asking for one at the time of my next visit.

\_\_\_\_\_  
Signature of Client or Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
Relationship

\_\_\_\_\_  
Name of Client

\_\_\_\_\_  
Date Of Birth

\_\_\_\_\_  
Date

12-02-00

ACTIVIDADES DEL ESTUDIANTE:  
EXCURSIÓN O VIAJE

CONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD Y PERMISO PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE  
EN VIAJES Ó EXCURSIONES ORGANIZADAS POR LA ESCUELA

Estimados Padres de Familia ó Tutor:

Nuestra \_\_\_\_\_ visitará \_\_\_\_\_  
Nombre de la Clase u Organización Destino

el \_\_\_\_\_ . La transportación será por \_\_\_\_\_  
(Día) (Fecha)

Los gastos de su hijo(a) serán de \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ .

Por favor firme la forma abajo para dar su consentimiento para que su hijo(a) participe.

\_\_\_\_\_  
(Maestro)

Yo \_\_\_\_\_ (nombre del Padre) estoy de acuerdo en

permitir a mi hijo(a) \_\_\_\_\_ (nombre del niño(a)) viaje en grupo ó individualmente con el Distrito, y estoy de acuerdo en asumir toda la responsabilidad y no responsabilizar al Distrito, al Consejo, a los empleados y a las agencias de reclamos o acciones en las cuales mi hijo(a) o yo tengamos o podamos tener y de cualquier responsabilidad por daños o lesiones que le ocurran a mi hijo(a) o a mi como resultado de su participación en el viaje o excursión.

Yo expresamente renuncio de todos los reclamos de gastos médicos, perdidas de servicios y otros reclamos, y estoy de acuerdo en indemnizar y no responsabilizar al Distrito, al Consejo Administrativo, a los empleados y a las agencias de todos los reclamos hechos contra ellos por parte de mi hijo.

Yo estoy de acuerdo en indemnizar y no responsabilizar al Distrito, al Consejo Administrativo, a los empleados y a las agencias de todos los reclamos hechos por terceras partes contra ellos, como resultado de las acciones de mi hijo(a) en el viaje o excursión.

Yo entiendo que el Distrito, el Consejo Administrativo, empleados y agentes no renunciaran a ninguna soberanía ó inmunidad gubernamental las cuales estén bajo las leyes de Texas.

He leído y entendido esta forma y firmado voluntariamente y con todo el conocimiento de su significado. Esta forma aplica para el viaje ó excursión que se describe arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre ó Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Nota: El organizador de cualquier excursión ó viaje del estudiante deberá llevar con él copias de cada autorización para asegurar tratamiento médico (Esta forma es para excursiones ó viajes locales solamente)



Para ser llenado por un padre o tutor.

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE WACO  
Formulario de autorización médica de emergencia

Fecha: \_\_\_\_\_

Autorización para consentir el tratamiento médico de un menor

**En caso de una emergencia y no puedan localizarme (padre / tutor), comuníquese con:**

_____ Persona de contacto	_____ Número de teléfono
_____ Persona de contacto	_____ Número de teléfono
_____ Médico del niño	_____ Número de teléfono

**Si su hijo tiene un problema de salud existente, indique:**

Problemas del corazón _____	Alergias _____	Epilepsia _____
Asma _____	Diabetes _____	Otro _____

**¿Su hijo / a es alérgico a algún medicamento?**      Sí \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

Si es así, por favor lista:

\_\_\_\_\_

**Información del seguro**

_____ Nombre de la compañía de seguros	_____ Número de póliza
_____ Nombre del titular de la póliza	

**Consentimiento**

El Distrito Escolar Independiente de Waco es una institución educativa en la que el niño mencionado arriba está inscrito, y le doy autoridad al Distrito Escolar Independiente de Waco para dar mi consentimiento para el tratamiento médico del niño en caso de que no se me pueda contactar.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con las Reglas y Regulaciones de Conducta del Estudiante que se encuentran en el reverso de este formulario.

_____ Firma del padre / tutor	_____ Firma del estudiante
_____ Número de teléfono	_____ Fecha