

Formulario de consentimiento para la vacuna CHILD

Nombre completo del paciente: _____ Fecha: ___/___/___

Fecha de nacimiento del paciente: ___/___/___ Edad del paciente: _____ GÉNERO: (M / F) Teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad / Código postal: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO REQUERIDA

Al completar la siguiente sección de seguro, autorizo el pago de beneficios médicos por cualquier servicio prestado. Esta información se utilizará con el fin de evaluar y administrar los reclamos de beneficios.

Por favor indique el proveedor de cobertura del paciente:

Aetna Blue Cross Blue Shield CIGNA Humana United

Nombre del titular de la póliza:	ID del miembro (todas las letras y números):
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ___/___/___	Número de grupo:

*** Si presenta un seguro, incluya una copia de su tarjeta con este formulario de consentimiento.**

TRICARE Miembro militar información:	Titular de la póliza Nombre: _____	Fecha de nacimiento: ___/___/___	Número de la Seguridad Social: _____	DOD #: _____
--	------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------

Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre el paciente que recibe hoy la(s) vacuna(s):

- ¿El paciente está enfermo hoy? sí___ No___
- ¿Tiene el paciente alergia a medicamentos, alimentos, a algún componente de la vacuna o al látex?
**En caso afirmativo, describa _____ sí___ No___
- Has the patient had a serious reaction to a vaccine in the past?
**En caso afirmativo, describa _____ sí___ No___
- ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez el paciente antes, durante o después de recibir una inyección? sí___ No___
- ¿Ha sufrido el paciente o algún familiar directo una crisis epiléptica? ¿Ha tenido el paciente problemas cerebrales o de otro sistema nervioso?
**En caso afirmativo, describa _____ sí___ No___
- ¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario?
**En caso afirmativo, describa _____ sí___ No___
- ¿Tiene el paciente un progenitor o hermano con un problema del sistema inmunitario?
**En caso afirmativo, describa _____ sí___ No___
- En los últimos 6 meses, ¿ha tomado el paciente medicamentos que afectan al sistema inmunitario como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer o medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o se ha sometido a tratamientos de radiación?
En caso afirmativo, indique la medicación y la fecha del último tratamiento _____ sí___ No___
- ¿Ha recibido el paciente transfusiones de sangre o productos sanguíneos, o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antivírico en el último año?
**En caso afirmativo, describa _____ sí___ No___
- ¿Padece el paciente algún trastorno sanguíneo o hemorrágico como trombocitopenia o trombocitopenia púrpura? sí___ No___
- (Si tiene 20 años o menos) ¿Está el paciente en tratamiento con aspirina? sí___ No___
- ¿La paciente está embarazada o podría quedarse embarazada en el próximo mes? sí___ No___
- ¿Ha recibido el paciente alguna vacuna en las últimas 4 semanas?
**En caso afirmativo, indique la(s) vacuna(s) _____ sí___ No___

Consentimiento para la vacunación

Por la presente, doy autorización para que PCHD administre las vacunas requeridas a mí o a mi hijo. Yo libero al Distrito de Hospitales del Condado de Parker, sus empleados, representantes y agentes de cualquier responsabilidad por administrarme a mí/niño vacunas. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema asociado con la recepción de las vacunas. También soy consciente de que la receptora de esta vacuna no está actualmente embarazada y no debe quedarse embarazada en las 4 semanas siguientes a la recepción de determinadas vacunas de virus vivos. Reconozco que he recibido todas las hojas de información sobre las vacunas, mediante código QR, para las vacunas administradas. He tenido la oportunidad de recibir respuesta a todas mis preguntas. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y haré saber a PCHD/escuela de cualquier cambio antes de ser vacunado. Autorizo a PCHD a proporcionar a la escuela de mi hijo la documentación de las vacunas administradas hoy.

Escanee este código QR con tu teléfono para acceder a información sobre la(s) vacuna(s) a administrar.



Firma padre/guardiano: _____ **Fecha:** ___/___/___



Texas Department of State Health Services

REGISTROS DE VACUNAS (ImmTrac2) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL NIÑO

Un padre, tutor legal o tutor principal debe firmar este formulario si el cliente es menor de 18 años.



El primer nombre del niño _____ Segundo nombre del niño _____ Apellido del niño _____

Fecha de nacimiento del niño (mm/dd/aaaa) _____ Sexo del niño: Macho femenino Teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____

Dirección de la casa del niño _____ Edificio de apartamentos # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ condado _____

Nombre de pila de la madre _____ Nombre de soltera de la madre _____

Etnicidad (seleccione las que correspondan)

- Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Hispano o Latino negativa a responder
- Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico Blanco Otra etnia negativa a responder no hispano o latino

El Registro de Vacunación de Texas (ImmTrac2) es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El Registro de Vacunación de Texas es un servicio seguro y confidencial que consolida y almacena los registros de vacunación de su hijo (menor de 18 años). Con su consentimiento, la información de vacunación de su hijo se incluirá en el Registro de vacunación de Texas. Médicos, departamentos de salud pública, las escuelas y otros profesionales autorizados pueden acceder al historial de vacunación de su hijo para garantizar que no se pierdan vacunas importantes. Para obtener más información, consulte la Sección del Código de Salud y Seguridad de Texas. 161.007 (d). <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HIS/btm/HIS.161.htm#161.007>.

Consentimiento para el registro del niño y la divulgación de los registros de vacunación a las personas/entidades autorizadas

Entiendo que, al otorgar el consentimiento a continuación, autorizo la divulgación de la información de vacunación del niño a DSHS y también entiendo que DSHS incluirá esta información en el Registro de Vacunación de Texas. Una vez en el Registro de Vacunación de Texas, la información de vacunación del niño puede ser accedida por ley por un distrito de salud pública o un centro de salud local, departamento, con fines de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción, un médico u otro proveedor de atención médica legalmente autorizado para administrar vacunas, para tratar al niño como un paciente, una agencia estatal que tenga la custodia legal del niño, una escuela o guardería de Texas en la que esté inscrito el niño y un pagador, actualmente autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura para el niño. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento presentando una completado el Formulario de Retiro de Consentimiento por escrito al Registro de Vacunación de Texas del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

La ley estatal permite la inclusión de registros de vacunación para los primeros respondedores y sus familiares inmediatos en el Registro de vacunación de Texas. Un "primer respondedor" se define como un empleado o voluntario de seguridad pública cuyas funciones incluyen responder rápidamente a una emergencia. Un "miembro de la familia inmediata" se define como un padre, cónyuge, hijo o hermano que reside en el mismo hogar que el primer respondedor. Para obtener más información, consulte la Sección del Código de Salud y Seguridad de Texas. 161.00705. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HIS/btm/HIS.161.htm#161.00705>.

Marque la siguiente casilla para indicar si su hijo es un familiar inmediato de un primer respondedor: Soy un FAMILIAR INMEDIATO de un primer respondedor.

Con mi firma a continuación, OTORGO mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR la información de mi hijo en el Registro de Vacunación de Texas.

Padre, tutor legal o tutor principal:

* Nombre impreso _____ * Firma _____ * Fecha _____

Notificación de privacidad: con pocas excepciones, tiene derecho a solicitar y recibir información sobre la información que el estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar la información previa solicitud. También tiene derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.texas.gov> para obtener más información en la notificación de privacidad. (Referencia: Código de Gobierno, Sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Contact Information: Questions? Tel: (800) 348-9158 • Fax: (512) 776-7790 • www.ImmTrac.com
Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas • Inmunizaciones Registro de Inmunización de Texas – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347
Texas Department of State Health Services
Immunizations

Escanea este código QR, con tu teléfono, para acceder a la información relativa a la vacuna(s) que se está administrando.



Registro de evaluación de elegibilidad del paciente del programa de vacunas para niños de Texas (TVFC)

Se debe mantener 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) en la oficina del proveedor de atención médica para un mínimo de cinco (5) años. El registro puede ser completado por el padre, tutor, persona registrada o por el proveedor de atención médica. Evaluación de elegibilidad de TVFC y documentación de El estado de elegibilidad debe tener lugar con cada visita de inmunización para garantizar el estado de elegibilidad para el programa. Si bien no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar esta o una registro similar para cada niño que recibe vacunas bajo el Programa TVFC.

El primer nombre del niño _____ segundo nombre _____ apellido del niño _____

2. Fecha de nacimiento del niño: ____/____/____
mm / dd / aaaa

3. Padre, Tutor o Individuo Registrado: _____
Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

4. Por favor marque la categoría que aplica:
 está inscrito en Medicaid: Número de Medicaid _____ Fecha de elegibilidad: ____/____/____
 es un Indio americano o un nativo de Alaska
 no tienen seguro de salud
 está inscrito en el Plan de Seguro de Salud para Niños CHIP
 tiene seguro insuficiente:
1. cobertura de seguro comercial no incluye vacunas
2. el seguro comercial cubre solo vacunas selectas
 Tiene un seguro privado que cubre las vacunas.

