INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (clínicas infantiles)

1 Si/No Esta su hijo enfero hoy o ha tenido fiebre en las ultimas 48 horas?
2 Si/No Es su hijo alergico algun alimento, medicamento o componente de ka vacuna?.Enumere Cualquiera_____
3 Si/No Su hijo tiene/tuvo problemas de salud con enfermedades pulmonares, cardiacas, renales o metabolicas o en terapia de aspirina a largo plazo?
4 Si/No Si el nino tiene entere 2 y 4, le ha dicho un proveedor de atencion medica que el nino tuvo sibilancia os asma en los ultimos 12 meses?
5 Si/No Su hijo, un hermano o uno de los padres ha tenido una convulsion? Ha tenido el nino un trastorno cerebral del sistema?
6 Si/No Su hijo tiene cancer, leukemia SIDA o cualquiera otra problema del sistema inmunologico?
7 Si/No En los 3 ulitmo meses, ha tomado su hijo cortisone, prednisone o otros esteriodes o medicamentos contra el cancer o ha recibido tratamientos de radiacion ?
8 Si/No En el ultimo ano, ha recibido su hijo una transfusion de sangre o productos sanguineos o le han administrado immunoglobulina(gamma)o un medicamento antiviral?
9 Si/No Esta su nina/adolescente embarazada o recibio vacuna/inyecciones en las ultimas 4 semanas o tuvo varicela si es asi, cuando? _____
Otra Notas_____

Iniciales **El paciente o tutuor debe colocar sus inicales junto a cada vacuna antes de recibirla.**

_____**DTap: (6semanas-7anos)** (Tetanos, difteria y tos ferina): No soy alergico al fosfato de alminio formaldehido, glutaraldehido, 2-fenoxietanal o un anterior vacuna tetnos y no a tenido encefaloptia o trastorno neurologico progresivo. **VIS pub**: **8/6/2021**

_____**HPV(Gardasil 9):** No a tenido una reaccion a una dosis anterior ni a ningun componente de la vacuna, no estoy embarazada , no tengo una enfermedad febril aguada o un Sistema imuntario debilitado. **VIS pub: 8/6/2021**

_____**Haemophilus Influenzae Tipo B(HIB):** No soy alergico a HIB, no tengo ,enos de 6 meses y no estoy moderada o gravemente enfermo. **VIS pub: 8/6/2021**

_____**Hepatitis A:** No soy alerigco al hidroxido de aluminio, borato de sodio y / o cloruro de sodio. **VIS pub: 1/31/2025**

_____**Hepatitis B:** No soy hipersensible a la levadura, formaldehido, hidroxido de aluminio o timerosal. **VIS given: 1/31/2025**

_____**Meningococo:** No estoy embarazada ni soy alergica al timerosal (Menomune). No estoy terapia anticoagulante(Menveo) **VIS pub: 1/31/2025**

_____**Meningococo B:** No soy alergico al toxoide difterico ni a una dosis anterior y tengo entre 10 y 25 anos. **VIS pub: 1/31/2025**

_____**MMR (Sarampion Peperas y Rubeola):** No he tenido una reaccion a una dosis anterior No he tenido una reacción a una dosis anterior ni a ningún componente de la vacuna, no estoy embarazada, no tengo una enfermedad febril aguda o un sistema inmunitario debilitado. **VIS pub: 1/31/2025**

_____**Pneumonia: (Nino Prevnar20)** Tengo más de 6 semanas y no soy alérgico a Prevnar o al toxoide diftérico y no estoy enfermo **VIS pub: 5/12/2023**

_____**Polio:** No era alérgica a una dosis previa, neomicina, estreptomicina o polimixina B y no estoy embarazada... **VIS pub: 1/31/2025**

_____**TD**(Tétanos, Difteria): Igual que TDAP debajo de las contraindicaciones. **Se administra Decavac o Td para aquellos 7-10. Vis pub: TD 8/6/2021**

_____**TDAP** (Tétanos, difteria y tos ferina): No soy alérgico al fosfato de aluminio, formaldehído, glutaraldehído, 2-fenoxietanol o una vacuna DTaP anterior y no he tenido encefalopatía o trastorno neurológico progresivo. **Vis pub: 1/31/2025**

_____**Varicela (Chicken Pox):** No he tenido una reacción a una dosis anterior ni a ningún componente de la vacuna, no estoy embarazada, no tengo una enfermedad febril aguda o un sistema inmunitario debilitado. **VIS pub: 1/31/2025**

Seccion De Informacion del Paciente-TODOS LOS PACIENTES DEBEN LLENAR EL CUADRO A CONTINUACION

_____ _____ _____ ___/____/____ ___ ___
Paciente Apellido Nombre Segundo Iniciales Fecha de Nacimiento M/D/A Edad Sexo

_____ _____ _____ _____ _____-_____-_____
Paciente Dirrecion: Calle Ciudad Estado Codigo Postal Numero de telefono

_____/_____ _____ _____ ___/____/_____ ___
Seguranca ID Groupo# **Nombre de Seguranca** Nombre Fecha de Nacimiento Sexo

_____ _____/ _____-_____-_____
Fimra del la persona reciviendo la vacuna o Guardiante Contacto de emergencia Number de emergencia #

Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte ahora o consulte con su médico antes de recibir la vacuna. Entiendo los beneficios y riesgos de estas vacunas y solicito que se me administren las indicadas anteriormente. Si experimenta alguna reacción significativa, consulte a su médico. Tenga en cuenta que al firmar este formulario acepta la responsabilidad de todos los costos no cubiertos por su seguro. Hay un cargo por servicio de $25.00 por cheques devueltos.

Solo para uso clínico por debajo de este punto:

Vaccine Administered (nurse checks box by vaccine given)	**Lot #**	**Expir:**	**Amount/Site**	**Injection Site**
DTAP ☐**Daptacel(SP)** (6 wks to 7 yrs) 2,4,6, 15-18mos, 4-6yrs			**0.5 ml IM**	**Left Right**
HPV ☐ **Gardasil (Merck) (**9-14 or15-45yrs,united to25) 0, 6 to 12 mos or 0, 2, 6 mos			**0.5 ml IM**	**Left Right**
Haemophilus Influenzae Type B ☐ **(SP**) (6wks-5yrs) 2,4, 6 and 12 to15 mos, If>15mos, 1dose			**0.5 ml IM**	**Left Right**
Hepatitis A ☐**Havarix (GSK),**☐ **Vaqta (Merck)(**1yto 100yrs) 12-23 mos, 6 mos later, Catch-up is 0,6 mos.			**1.0 ml >18y IM** **0.5 ml ≤ 18y IM**	**Left Right**
Hepatitis B ☐**Energix (GSK)** ☐**Recombivax (Merck)** (brith-100yrs) Birth, 1-2 mos and 6-18 mos, Catch-up is birth,1-2 mos and 6 mos			**1.0 ml > 19y IM** **0.5 ml ≤ 19y IM**	**Left Right**
Meningococcal ☐**MenQuadfi (SP) (2yr+)**) 11-12and16yr			**0.5 ml IM**	**Left Right**
Men B ☐ **(Bexsero) (GSK)** (0, 6 mos)			**0.5 ml IM**	**Left Right**
MMR ☐ **MMRII(Merck)** 12-15 mos, 4-6 yrs. Catch-up 0,4 wks			**0.5 ml SC**	**Left Right**
Pneumonia ☐**Prevnar20 (Pfizer)** (2 mos-5yrs) 2,4,6, and 12-15 mos. 6-17yrs 1dose.			**0.5 ml IM**	**Left Right**
Polio ☐**IPOL (SP)** (6wks-100yrs) 2, 4, 6 to 18 mos, and 4-6 yrs,			**0.5 ml SC**	**Left Right**
Tetanus Diptheria ☐**Decavac (SP)** 1 every 5-10 yrs ☐**Td (Grifols) (**every 10 years)			**0.5 ml IM**	**Left Right**
TDAP ☐**Boostrix (GSK)** (10 and up) ☐**Adacel(SP)** (10yr-64yrs), 1 every 5-10yrs			**0.5 ml IM**	**Left Right**
Chicken Pox ☐ **Varicella(Merck)**(2 mos-50yrs) 12-15 mos , 4-6 yrs. Catch-up 0,4-12wks			**0.5 ml SC**	**Left Right**

Nurse Signature: RN VIS/Vaccine Date: Payment Amount: CASH ZELLE MCD CHIP INSUR BILL

TEXAS Health and Human Services | Texas Department of State Health Services

Programa de Vacunas para los Niños de Texas

Registro de la determinación de elegibilidad del paciente

En el consultorio del proveedor de servicios de salud debe mantenerse, durante un mínimo de cinco (5) años, un registro de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre aparece en el registro, o el proveedor de servicios de salud. En cada visita para inmunización debe determinarse y documentarse el estado de elegibilidad para el TVFC a fin de asegurar que el menor es elegible para el programa. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

1. Nombre del menor: _____
   Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
2. Fecha de nacimiento del menor: ____/____/____
   mm dd aaaa
3. Padre, tutor o individuo del registro: _____
   Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
4. Nombre del proveedor primario: _____
   Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
5. Para determinar si un menor (de 0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales por medio del Programa TVFC, en cada cita o visita para inmunización anote la fecha y marque la categoría de elegibilidad apropiada. Si marca una columna de la A a la F, el menor es elegible para el Programa TVFC. Si marca la columna G, el menor no es elegible para las vacunas federales VFC.

Fecha	Elegible para las vacunas VFC				Elegible con programa estatal		No elegible
	A	B	C	D	E	F	G
	Inscrito en Medicaid	**No tiene seguro médico**	**Indoamericano o nativo de Alaska**	*** Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado**	**** Otras situaciones de seguro insuficiente**	***** Inscrito en el CHIP**	**Tiene seguro médico que cubre vacunas**

** El seguro insuficiente incluye a los niños cuyo seguro médico no incluye vacunas o solo cubre ciertos tipos específicos de vacunas. Los niños solo son elegibles para recibir vacunas que no están cubiertas por el seguro. Además, para recibir las vacunas de VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados en un Centro de Salud Federalmente Acreditado (FQHC), en una Clínica de Salud Rural (RHC), o por un proveedor delegado autorizado. El proveedor delegado debe tener un contrato por escrito con un FQHC o una RHC y con el programa de inmunización estatal, local o territorial para poder vacunar a los niños con seguro insuficiente.*

*** Otros niños con seguro insuficiente son aquellos que, aunque están insuficientemente asegurados, no son elegibles para recibir las vacunas federales por medio del Programa TVFC porque el proveedor o centro no es un FQHC, o una RHC, o un proveedor delegado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son proporcionadas por el programa estatal para dar cobertura a los niños que no son elegibles para el TVFC.*

**** Niños inscritos en el programa estatal separado CHIP (Children's Health Insurance Program). Estos niños se consideran asegurados y no son elegibles para recibir vacunas mediante el Programa VFC. Cada estado proporciona orientación específica sobre cómo se adquieren y administran las vacunas del CHIP a través de los proveedores participantes.*

TEXAS Health and Human Services | Texas Department of State Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)
Consentimiento para menores de edad

Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

Primer nombre del menor _____ Segundo nombre del menor _____ Apellido del menor _____

Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) ____/____/____ Sexo del menor: ☐ Femenino ☐ Masculino Teléfono ____-____-____ Correo electrónico _____

Dirección del menor _____ Núm. de apartamento o edificio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Nombre de la madre _____ Apellido de soltera _____

Raza (seleccione todos los que correspondan):
☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano
☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro
☐ Se negó a contestar

Grupo étnico (seleccione solo una):
☐ Hispanic o latino
☐ No hispano o latino
☐ Otro

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2), 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/a (hasta los 18 años de edad). Con su autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo/a se incluirá en el ImmTrac2. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes. Para más información consulte la § 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en *https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007*.

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 ImmTrac2. Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en 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 en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al ImmTrac2 del Texas DSHS.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en ImmTrac2. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia médica. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Para más información, consulte la § 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas. *https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705*.

Marque la casilla de abajo para indicar si su hijo/a es familiar directo de un socorrista.

☐ **Soy FAMILIAR DIRECTO de un socorrista.**

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR los datos de mi hijo en ImmTrac2.

El padre o madre, tutor legal o titular de la custodia:

Nombre escrito a mano _____ Firma _____ Fecha _____

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, § 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to the Texas Immunization Registry. **Retain this form in your client's record.**

Questions? Tel: 800-252-9152 • Fax: 512-776-7790 • *https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/*
Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Texas Department of State Health Services
Immunization Section

Stock No. C-7
Revised 02/2024