



Waco-McLennan
Public Health

La Vega ISD **Offsite**
Bienvenidos a Waco-McLennan County Public Health
District

Fecha: 10 - - 26

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Título: Srta. Sr. Sra. Dr. (círcule el título preferido)
Sexo: M / F (círcule el sexo biológico) SSN: _____
Genero: _____ Numero de Telefono: _____
correo electrónico _____ (círcule uno) Mobil Casa Trabajo

Domicilio: _____
ciudad, estado, _____
codigo postal: _____ Condado: _____

Raza: Negro
(círcule uno) Blanco
Asiatico
Nativo hawaiano o isleño del Pacífico
Indio americano o nativo de Alaska
Otro: _____
Etnicidad: Hispano o Latino
(círcule uno) No-Hispano o Latino

Nombre de soltera _____ (para uso en la base de datos de vacunación de Texas, Immtrac2 SOLAMENTE)
de la madre: (primer nombre): _____ (apellido): _____

Allergias: _____ Medicamentos Diarios: _____

Altura: _____
Peso: _____ Doctor Primario: _____

Cómo podemos _____ *Flu Shot - vacuna de la gripe*
ayudarle hoy? _____

Persona Responsable (porfavor imprime su nombre): _____

Opciones de pago:
(Circule la opcion que
corresponde a su estado)

A: Tengo seguro y estoy proporcionando mi tarjeta de seguro.
Esto incluye CHIP, Medicare, Medicaid y todos los seguros privados o
proporcionados por el empleador.

B:
No tengo seguro, o mi seguro no cubre el servicio solicitado

***Please fill in shaded areas
***Por favor llene las areas acentuadas

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/ella a estado enfermo/a en la ultima semana?
- YES / SI NO 2. Is the client taking any medications? If so, please list them here: _____
El cliente toma alguna medicina? Si responde si, por favor lista aqui: _____
- YES / SI 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, neomicina, estratomicina, polymyxin B, thimerosal, productos que contienen levadura de panadero, productos de latex o reaccion a Globulin Immune?
- YES / SI NO 4. Has the client had a serious reaction to a vaccine in the past?
El cliente a tenido alguna reaccion grave a una vacuna en el pasado?
- YES / SI NO 5. Has the client had a seizure or other nervous system disorders?
El cliente a tenido convulsiones o otros ataques del 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 cliente o personas que viven en el mismo hogar, tienen SIDA, cancer, leukemia o enfermedades 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 cliente a tomado cortisone or otro tipo de esteroides, drogas anticancer, o tratamientos de radiografia en los pasados 3 meses?
- YES / SI 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 a recibido una transfusion de sangre, plasma, o fue dado una medicina llamada globin inmune (gamma) en los pasados 12 meses?
- YES / SI NO 9. Has the client had the chickenpox illness? Or has received the vaccine?
El cliente a tenido la enfermedad de Viruela o a recibido la vacuna contra la Varicela?
- YES / SI NO 10. Has the client had a TB skin test in the past 3 days?
El cliente a recibido una prueba de piel de TB en los pasados 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?
Prueba de tuberculosis: El cliente a recibido una prueba positiva de tuberculosis en el pasado o a tomado medicina para tratar el tuberculosis? Cuando? _____
- YES / SI NO 12. Has the client had an immunization in the past 4 weeks?
El cliente a recibido vacunas en los pasados cuatro semanas?
- YES / SI NO 13. Does the client have a family physician? If "NO" see provider list.
Tiene el cliente un doctor familiar? En caso que "NO" por favor vea la lista 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 alguna condicion medica cronica (sin importar la edad). Tal como:
Asma o alguna otra enfermedad pulmonary? SI/NO Enfermedad del Corazon? SI/NO
Enfermedad de los rinones? SI/NO Enfermedad de la sangre? SI/NO Esta embarazada? SI/NO
Deficiencias del sistema inmunologico? SI/NO A recibido la vacuna contra la neumonia? SI/NO
- YES / SI NO 15. FOR FEMALES: Is the client pregnant or could she become pregnant in the next (1) month?
***Note: 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 embarazado o podria llegar a ser embarazada en un (1) mes?
***Nota: Un cliente no debe llegar a ser embarazada dentro de un (1) mes despues de recibir la vacuna de MMR (Saramplon, Paperas, Rebeola) ni la vacuna de Varicela.

***The client or the client's parent/guardian must answer ALL questions on this form before any immunizations will be given.

***El cliente o el padre/madre del cliente o custodio 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 its 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: _____

(Check one/marca uno) ☐ Parent/ padre/madre ☐ Guardian/El guardian ☐ Other/Otro

Date Signed _____

VIS Form/s given & vaccine ADMINISTERED BY: _____



Complete este formulario si cree que puede necesitar ayuda con el costo de su visita a la clínica. La asistencia financiera está disponible para la mayoría de los copagos, coseguros y costos de bolsillo.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Persona Responsable: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Tiene lo siguiente?

¿Seguro Médico? Sí* _____ No _____

¿Medicare, Medicaid, CHIP, Tarjeta de Buena Salud? Sí* _____ No _____

¿Recibe beneficios de alguno de los siguientes? (encierre en un círculo sí/no)

SSI Sí No

Discapacidad Sí No

Desempleo Sí No

WIC Sí No

SNAP/TANF Sí No

Almuerzo escolar Sí No
(Gratis/Reducido)

¿Se ha declarado en bancarrota en los últimos 12 meses? Sí No

Fecha de declaración de bancarrota: _____

Ingresos:

Ingresos del paciente: \$ _____

semanal / quincenal / mensual / anual:

Ingreso Familiar \$ _____

semanal / quincenal / mensual / anual:

Número de personas en el hogar: _____

¿Tiene una dirección permanente?

Sí No

Si la respuesta anterior es "sí", ¿Recibe subsidio /Beneficios de vivienda para esta dirección?

Sí No

La información anterior es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier falsificación, omitir información y dar información falsa puede poner en riesgo mi elegibilidad para los programas financieros actuales o futuros en Waco-McLennan Public Health.

Firma de la parte responsable: _____

Fecha: _____

*Si tiene cobertura de salud, debe proporcionar la información de su seguro y una copia de su tarjeta de cobertura de salud. Aún puede ser elegible para participar si su seguro no cubre los servicios necesarios, o si su copago/deducible tiene un costo prohibitivo.

Firma del paciente

Firma de la persona responsable

Firma del representante de Waco-McLennan Public Health

Firma de la persona responsable

Permiso para los propósitos de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud

Yo doy permiso para que se use o divulgue la información protegida sobre mi salud por el Distrito de Salud Pública de Waco-McLennan County para los propósitos de hacerme un diagnóstico o proporcionarme tratamiento, obtener pago de mis cuentas de cuidado de salud o llevar a cabo operaciones de cuidado de salud del Distrito de Salud Pública de Waco-McLennan County.

Yo entiendo que el diagnóstico o tratamiento mío por el Distrito de Salud Pública de Waco-McLennan County puede depender del permiso que yo conceda, tal como indica mi firma en este documento.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir una restricción de la manera en que se usa o divulga la información protegida sobre mi salud para llevar a cabo los tratamientos, el pago o las operaciones de cuidado de salud de esta instalación. El Distrito de Salud Pública de Waco-McLennan County no tiene que estar de acuerdo con las restricciones que yo pida. Sin embargo, si el Distrito de Salud Pública de Waco-McLennan County se pone de acuerdo con una restricción que yo pida, la restricción es obligatoria para el Distrito de Salud Pública de Waco-McLennan County.

Yo tengo el derecho de revocar este permiso, por escrito, en cualquier momento, con la excepción de que el Distrito de Salud Pública de Waco-McLennan County ya haya tomado acciones confiando en este permiso.

La "información protegida sobre mi salud" significa información de salud, incluso mi información demográfica, recogida de mí mismo/a y creada o recibida por el personal del Distrito de Salud Pública de Waco-McLennan County, de otro proveedor de cuidado de salud, o de un plan de servicios de salud. Esta información protegida de salud se trata de mi condición o salud física o mental del pasado, presente o futuro y me identifica a mí, o si hay una base razonable de creer que la información puede identificarme a mí.

Yo entiendo que tengo el derecho de examinar el Aviso de Prácticas de Privacidad del Distrito de Salud Pública de Waco-McLennan County antes de firmar este documento.

Yo he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Distrito de Salud Pública de Waco-McLennan County.

El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de la información protegida sobre mi salud que van a ocurrir en mi tratamiento, el pago de mis cuentas, o el desempeño de operaciones de cuidado de salud del Distrito de Salud Pública de Waco-McLennan County.

El Aviso de Prácticas de Privacidad del Distrito de Salud Pública de Waco-McLennan County también se exhibe a plena vista en cada departamento del Distrito de Salud y también se encuentra en el sitio de internet de la ciudad de Waco en www.waco-texas.com/services/health.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y las obligaciones del Distrito de Salud Pública de Waco-McLennan County con respecto a la información protegida sobre mi salud.

El Distrito de Salud Pública de Waco-McLennan County se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Yo puedo obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado al consultar el sitio de internet del Distrito de Salud Pública de Waco-McLennan County, llamar a la oficina y pedir que una copia revisada sea enviada por correo, o pedirlo durante mi próxima visita.

Firma de Cliente o su Representante Autorizado

Relación

Nombre de Cliente

Fecha de Nacimiento

10- -26
Fecha



Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
---------------	----------------	----------

_____/_____/_____ Sexo: ☐ Masculino _____ - _____ - _____
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ☐ Femenino Teléfono _____ Correo electrónico _____

Dirección	Núm. de apartamento o edificio
-----------	--------------------------------

Ciudad	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

Nombre de la madre	Apellido de soltera
--------------------	---------------------

Raza (seleccione todos los que correspondan):			Grupo étnico (seleccione solo una):
☐ Indio americano o nativo de Alaska	☐ Asiático	☐ Negro o afroamericano	☐ Hispanic o latino
☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	☐ Blanco	☐ Otro	☐ No hispano o latino
☐ Se negó a contestar			☐ 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 los registros de vacunación. Al darnos usted su consentimiento, los datos sobre sus vacunas se incluirán en el Registro de Inmunización de Texas. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de vacunación de su para verificar que no falten vacunas importantes. Consulte la sección 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007 para más información.

Consentimiento para el registro y para divulgar los registros de inmunización a las personas o 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 de Inmunización de Texas. Una vez que la información sobre mis vacunas esté en el Registro de Inmunización de Texas, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un médico u otro proveedor de salud de Texas legalmente autorizado para administrar vacunas, como parte del tratamiento que yo reciba como paciente; cualquier escuela de Texas en la que yo esté inscrito; un distrito de salud pública o departamento de salud local de Texas, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; cualquier entidad estatal que tenga custodia sobre mí; cualquier pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con mi cobertura con una póliza de dicho pagador. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al Texas Immunization Registry, Texas Department of State Health Services.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos. Se define como “socorrista” al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia. Se define como “familiar directo” a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Consulte la sección 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas en statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705 para más información.

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted es un socorrista o un familiar directo de un socorrista.

☐ Soy un SOCORRISTA. ☐ Soy un FAMILIAR DIRECTO (mayor de 18 años) de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mis datos en el Registro de Inmunización de Texas.
La persona (o su representante legalmente autorizado):

10 - - 26

Fecha

Nombre escrito a mano

Firma

Aviso de confidencialidad. Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo pide. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio dshs.texas.gov/sites/default/files/hipaa/docs/DSHS-NPP-Spanish-5-1-2022.pdf para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, secciones 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 • dshs.texas.gov/immunizations

Texas Department of State Health Services • Immunization Section • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Texas Department of State Health Services
Immunization Section

Stock No. F11-13366
Revised 09/2024