

Meningitis  HPV

Clinic Ubicación: \_\_\_\_\_ Clínica Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Género: ( M/F ) Birth Date: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SEGUROS

**\*Si el paciente es de 18 o menor y no está asegurado, por favor, rellene la sección TVFC resaltada en el reverso de este formulario\*\***

Completando la siguiente sección de seguros, autorizo el pago de prestaciones médicas por los servicios prestados.  
Esta información será utilizada para fines de evaluación y administración de reclamaciones de beneficios.

Sírvase indicar el proveedor de cobertura del paciente

Aetna ( ) Private  
( ) Medicaid  BCBS  CIGNA  Humana  Medicaid ( ) Amerigroup  
( ) Cook Children's  Tricare  United

Nombre del titular de la tarjeta:	ID de miembro (Todas las cartas & números):
La fecha de nacimiento del titular de la tarjeta:	Grupo #:

 **Si usted está presentando los seguros, por favor incluya una copia de su tarjeta con este formulario de consentimiento**

Por favor, conteste las siguientes preguntas acerca del paciente de recibir dicha vacuna(s) hoy:

1. El paciente está enfermo hoy? Si \_\_\_ No \_\_\_

2. ¿El paciente tiene alergias a medicamentos, alimentos, o cualquier componente de la vacuna, o el látex? Si \_\_\_ No \_\_\_

\*\*Si la respuesta es afirmativa, describa \_\_\_\_\_

3. El paciente ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado? Si \_\_\_ No \_\_\_

\*\*Si la respuesta es afirmativa, describa \_\_\_\_\_

4. Tiene el paciente o un miembro inmediato de su familia tuvo una convulsión; tiene el paciente tenía cerebro u otros problemas del sistema nervioso? Si \_\_\_ No \_\_\_

\*\*Si la respuesta es afirmativa, describa \_\_\_\_\_

5. ¿El paciente tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o cualquier otro problema del sistema inmune? Si \_\_\_ No \_\_\_

\*\*Si la respuesta es afirmativa, describa \_\_\_\_\_

6. En los últimos 1-3 meses, el paciente ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmune tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o fármacos anticancerosos; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o psoriasis; o había tratamientos de radiación? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si sí lista de medicamentos y la fecha del último tratamiento \_\_\_\_\_

7. El paciente ha recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos o ha dado inmune globulin(gamma) o un medicamento antiviral durante el año pasado? Si \_\_\_ No \_\_\_

\*\*Si la respuesta es afirmativa, describa \_\_\_\_\_

8. La paciente está embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes? Si \_\_\_ No \_\_\_

9. El paciente ha recibido una vacunación en las últimas 4 semanas? Si \_\_\_ No \_\_\_

\*\*Si la respuesta es afirmativa, indique la vacuna(s) \_\_\_\_\_

#### Consentimiento para la inmunización

Yo doy autorización para HHTX administrar vacunas requiere a mí mismo / niño. Eximo a Health Heroes Texas, sus empleados, representantes y agentes de cualquier responsabilidad por darme / vacunación infantil. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para problemas asociados con la recepción de las vacunas. También soy consciente de que el receptor de las vacunas actualmente no está embarazado y no debe embarazarse dentro de 4 semanas de recibir vacunas. Reconozco que he recibido todas las hojas de información vacuna para las vacunas dadas. He tenido la oportunidad de tener todas mis preguntas. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y se hacen HHTX / escuela consciente de los cambios antes de ser vacunados. Autorizo a HHTX proporcionar documentación de las vacunas hoy Escuela de mi hijo.



El paciente/Padre firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Personal HHTX firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2)  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO  
PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Apellido del Niño(a) \_\_\_\_\_ Segundo Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_ \*Solamente niños menores de 18 años. Género:  Masculino  Femenino

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Dirección del Niño(a), Calle \_\_\_\_\_ Apartamento # \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Apellido de Soltera de la Madre \_\_\_\_\_

ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac2. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas  
Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
- la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
- el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes:

Fecha \_\_\_\_\_ Escriba con letra de molde \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

**Notificación Sobre Privacidad:** Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Revised 09/2017

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.

- Nombre del menor: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
- Fecha de nacimiento del menor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Padre, tutor o individuo del registro: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
- Nombre del proveedor primario: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
- Compruebe por favor la categoría que se aplica
  - Está inscrito en Medicaid \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Date número de elegibilidad
  - Es un indio americano o un nativo de Alaska
  - No tiene seguro de salud
  - El paciente está inscrito en seguro médico Plan CHIP de niños
  - Es seguro:
    - tiene seguro comercial, pero la cobertura no incluye vacunas
    - comercial seguro cubre sólo las vacunas
  - Tiene un seguro privado que cubre las vacunas