

Clinic Ubicación: _____

Clínica Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

sexo del paciente: M F

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Teléfono: () _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

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 Privado Medicaid
BCBS **CIGNA** **Humana** **Medicaid** Amerigroup CHIP
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

Responda las siguientes preguntas sobre el paciente que recibe la(s) vacuna(s) hoy:

- ¿Está enfermo el paciente hoy? Si___ No___
- ¿El paciente tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, látex o cualquier componente de la vacuna?
**Si la respuesta es afirmativa, describa _____ Si___ No___
- El paciente ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?
**Si la respuesta es afirmativa, describa _____ Si___ No___
- ¿Ha tenido el paciente o un miembro de la familia inmediata (padre o hermano) una convulsión? ¿Ha tenido el paciente problemas cerebrales o del sistema nervioso?
**Si la respuesta es afirmativa, describa _____ Si___ No___
- ¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?
**Si la respuesta es afirmativa, describa _____ Si___ No___
- ¿El paciente tiene un padre o hermano con un problema del sistema inmunológico? Si___ No___
- En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el paciente medicamentos que afectan el sistema inmunitario, como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer? medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o tuvo tratamientos de radiación?
** Si sí lista de medicamentos y la fecha del último tratamiento _____ Si___ No___
- En el último año, ¿ha recibido el paciente una transfusión de sangre/productos sanguíneos, o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un fármaco antiviral?
**Si la respuesta es afirmativa, describa _____ Si___ No___
- ¿El paciente tiene un trastorno sanguíneo o hemorrágico como trombocitopenia o púrpura trombocitopénica? Si___ No___
- (Si tiene 20 años o menos) ¿Está el paciente en terapia con aspirina?
**Si la respuesta es afirmativa, indique la vacuna(s) _____ Si___ No___
- ¿La paciente está embarazada o podría quedar embarazada durante el próximo mes? Si___ No___
- ¿Ha recibido el paciente alguna vacuna en las últimas 4 semanas? Si___ No___

Consentimiento para la inmunización

Doy autorización para que PCHD administre la(s) vacuna(s) requerida(s) para mí/niño. Eximo al Distrito de Hospitales del Condado de Parker, sus empleados, representantes y agentes de cualquier responsabilidad por vacunarme a mí oa mi hijo. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por problemas asociados con la recepción de vacunas. También soy consciente de que la receptora de esta vacuna actualmente no está embarazada y no debería quedar embarazada dentro de las 4 semanas posteriores a la recepción de las vacunas. Reconozco que me han ofrecido hojas de información de vacunas para las vacunas dadas. He tenido la oportunidad de tener todas mis preguntas respondidas. Entiendo que esta autorización es válida por 6 meses y PCHD/escuela está al tanto de los cambios antes de ser vacunado.

Firma del paciente (si es mayor de 18 años) o de los padres: _____ **Fecha:** ____/____/____

Personal PCHD firma: _____ **Fecha:** ____/____/____



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.

Form fields for child information: 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, Otro, 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).

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.

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.

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:

Signature lines with asterisks: 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.

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 Stock No. C-7 Revised 02/2022

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.

Form fields for 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, 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.

