

*

P

0

R

F

A

V

0 R

R

E

L

L

E

N

E

E

L

R

E

V

E

R

S

0

D

E

E

S

T

E

F

0

R

M

U

L

A

R

l

0

Formulario de consentimiento de FLU para niños



INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE					
PRIMER NOMBRE:	MI APELLIDO:				
FECHA DE NACIMIENTO:	AÑOS: GÉNERO:				
M M / D D / A A A	A MASCULINO FEMENINO				
	CÓDIGO POSTAL: NÚMERO DE CONTACTO DE EMERGENCIA:				
INFORMACION I	PARA PADRES / TUTORES:				
REL	ACIÓN CON EL NIÑO:				
	SCOLAR (PROPORCIONE SI CORRESPONDE):				
	NIVEL DE GRADO: NOMBRE DEL PROFESOR:				
★ 🛧 INFORMACIÓN DE SEGURO REQUE	ERIDA (MARQUE LA CASILLA QUE CORRESPONDA): ★ ★				
SIN SEGURO	MEDICAID				
	ADO (POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA):				
AETNA BLUE CROSS	CIGNA HUMANA UNITED				
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO (POLÍTICA):	NÚMERO DE GRUPO:				
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:					
FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:					
M M / D D / A A A A					
TRICARE *** TRICARE REQUIERE EL NÚMERO DE S	SEGURO SOCIAL PARA LA PRESENTACIÓN ***				
CUESTIONARIO DE VA La persona que va a vacunarse se siente enferma hov					
······································					
 2. ¿Alguna vez el paciente ha tenido una reacción alérgica 3. ¿El paciente tiene alergia a los huevos o a algún compo 	a grave o potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe? Si NO onente de la vacuna contra la gripe? Sí NO				
 4. ¿Alguna vez el paciente ha sido diagnosticado con el s 					
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	ción de la Vacuna contra la Influenza Condado de Parker para que pueda recibir la vacuna contra la influenza. He leído y comprendo la				
nformación que he recibido sobre los posibles beneficios y efectos secundarios de la	vacuna contra la influenza. Por la presente reconozco que, según la información que se me presentó,				
	ioy y no he tenido fiebre recientemente. Entiendo que no se puede garantizar que la vacuna contra la iozco que he recibido acceso a la Hoja de Información de la Vacuna con respecto a la Vacuna contra la				
nfluenza. Libero al Distrito de Hospitales del Condado de Parker, sus empleados, rep	resentantes y agentes de cualquier responsabilidad por vacunarme contra la influenza. Acepto la				
	bir la vacuna. He tenido la oportunidad de tener todas mis preguntas respondidas. ntiendo que este ore cualquier cambio antes de vacunarme. Si corresponde, autorizo a PCHD a proporcionar a la escuela				
le mi hijo la documentación de las vacunas administradas hoy.					
FIRMA DEL PADRE O TUTOR	FETCHA				
تعر FIRMA DEL PERSONAL DE PCHD	FETCHA				
*** SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO ***					
Clinic					
Location: Date: / /	Para la información de los CDC				
Vaccine Lot: Exp. Date: / /	acerca de la vacuna contra la gripe, esta de la vacuna contra la gripe , esta de la vacuna contra la gripe , esta de la vacuna contra de la vac				
Administered by: Location: RA LA 0.5ml					

Örstin

teléfono:

TEXAS Health and Human Services	Texas Healt

s Department of State th 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 niñ	0	Apellido del niño	
	-		-	
// // echa de nacimiento del niño (mm/dd/aaaa) Sexo de	el niño: 🗌 Macho 🔲 femenino	Teléfono	Dirección de correc	o electrónico
Dirección de la casa del niño			Ed	lificio de apartamentos #
Ziudad	Estado Código pos	tal co	ndado	
Nombre de pila de la madre		Nombre de solt	era de la madre	
-				
	Etnicidad (seleccione las		,	negativa a responder
☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐				
Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífi	co 🗆 Blanco 🗖 Otra etnia	🗆 negativa a 1	esponder	
Il Registro de Vacunación de Texas (ImmTrac2) es un servicio gri onsolida y almacena los registros de vacunación de su hijo (menc e salud pública, las escuelas y otros profesionales autorizados pu el Código de Salud y Seguridad de Texas. 161.007 (d). Consentimiento para el registro de	or de 18 años). Con su consentimiento, la inf eden acceder al historial de vacunación de s https://str l niño y la divulgación de lo	ormación de vacunación u hijo para garantizar que nutes.capitol.texas.gov/ s registros de va	de su hijo se incluirá en el Registro de vacunación d no se pierdan vacunas importantes. Para obtener má Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007.	e Texas. Médicos, departamentos is información, consulte la Seccio es autorizadas
Intiendo que, al otorgar el consentimiento a continuació n el Registro de Vacunación de Texas.Una vez en el Reg entro de salud local. departamento, con fines de salud p acunas, para tratar al niño como un paciente, una agenc utorizado por el Departamento de Seguros de Texas par resentando una completado el Formulario de Retiro de	gistro de Vacunación de Texas, la infoi ública dentro de sus áreas de jurisdicc ia estatal que tenga la custodia legal d a operan en Texas, con respecto a la co	mación de vacunació ión, un médico u otro el niño, una escuela c obertura para el niño.	n del niño puede ser accedida por ley por un proveedor de atención médica legalmente au guardería de Texas en la que esté inscrito el Entiendo que puedo retirar este consentimier	distrito de salud pública o u atorizado para administrar niño y un pagador, actualmo ato en cualquier momento
	ica cuyas funciones incluyen responde ue el primer respondedor. Para obtener m#161.00705. familiar inmediato de un primer respo i consentimiento para el registro. Dese	r rápidamente a una e más información, com ndedor: 20 INCLUIR la inforr	mergencia. Un "miembro de la familia inmedi	iata" se define como un padi idad de Texas. 161.00705.) de unprimer respondedor.
Pa	idre, tutor legal o tutor prin	-		
Nombre impreso	X		* ₁	Fecha
Iotificación de privacidad: con pocas excepciones, tiene eccibir y revisar la información previa solicitud. También ttp://www.dshs.texas.gov para obtener más información contact Information: Questions? Tel: (800) 348-9158 Separtamento Estatal de Servicios de Salud de Texas e Texas – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX / exas Department of State Health Services	a tiene derecho a pedirle a la agencia e en la notificación de privacidad. (Ref • Fax: (512) 776-7790 • www.Imu • Inmunizaciones Registro de Inmu 78714-9347	statal que corrija cual erencia: Código de G nTrac.com unización Esc par parto de No. C-7 la N	quier información que se determine que es in obierno, Sección 552.021, 552.023, 559.003 y canea este código QR, con tu teléfo a acceder a la información relativa	correcta. Consulte (559.004) no, a
Notificación de privacidad: con pocas excepciones, tiene ecibir y revisar la información previa solicitud. También tttp://www.dshs.texas.gov para obtener más información Contact Information: Questions? Tel: (800) 348-9158 Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas le Texas – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX ' fexas Department of State Health Services muunizations	a tiene derecho a pedirle a la agencia e en la notificación de privacidad. (Ref • Fax: (512) 776-7790 • www.Imu • Inmunizaciones Registro de Inmu 78714-9347	statal que corrija cual erencia: Código de G nTrac.com Inización Es(par par net No. C-7 la v sed 09/2021	quier información que se determine que es in- obierno, Sección 552.021, 552.023, 559.003 y canea este código QR, con tu teléfo a acceder a la información relativa vacuna(s) que se está administrando	correcta. Consulte (559.004) no, a
Notificación de privacidad: con pocas excepciones, tiene eccibir y revisar la información previa solicitud. También ttp://www.dshs.texas.gov para obtener más información Contact Information: Questions? Tel: (800) 348-9158 Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas e Texas – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX d' exas Department of State Health Services munulzations Registro de evaluación de elegil de debe mantener un registro de todos los niños de 18 añ e atención médica para un mínimo de cinco (5) años. E legibilidad de TVFC y documentación de El estado de c equiere la verificación de las respuestas, es necesario co El primer nombre del niño	a tiene derecho a pedirle a la agencia e en la notificación de privacidad. (Ref • Fax: (512) 776-7790 • www.Imi • Inmunizaciones Registro de Immu 78714-9347 bilidad del paciente del programa isos de edad o menores que reciben vac I registro puede ser completado por el elegibilidad debe tener lugar con cada onservar esta o una registro similar pa segundo nombre	statal que corrija cual erencia: Código de G nTrac.com inización Esc pat oek No. C-7 la v sed 09/2021 la v de vacunas para n unas a través del Pro padre, tutor, persona visita de inmunizació	quier información que se determine que es im obierno, Sección 552.021, 552.023, 559.003 y canea este código QR, con tu teléfo a acceder a la información relativa vacuna(s) que se está administrando niños de Texas (TVFC) grama de Vacunas para Niños de Texas (TVI registrada o por el proveedor de atención m n para garantizar el estado de elegibilidad pa	correcta. Consulte 2 559.004) mo, a a b. C) en la oficina del proveece édica. Evaluación de
lotificación de privacidad: con pocas excepciones, tiene ecibir y revisar la información previa solicitud. También ttp://www.dshs.texas.gov para obtener más información contact Information: Questions? Tel: (800) 348-9158 repartamento Estatal de Servicios de Salud de Texas e Texas – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX / exas Department of State Health Services nuunizations Registro de evaluación de elegil e debe mantener un registro de todos los niños de 18 añ e atención médica para un mínimo de cinco (5) años. E legibilidad de TVFC y documentación de El estado de e equiere la verificación de las respuestas, es necesario co	a tiene derecho a pedirle a la agencia e en la notificación de privacidad. (Ref • Fax: (512) 776-7790 • www.Imi • Inmunizaciones Registro de Immu 78714-9347 bilidad del paciente del programa isos de edad o menores que reciben vac I registro puede ser completado por el elegibilidad debe tener lugar con cada onservar esta o una registro similar pa 	statal que corrija cual erencia: Código de G nTrac.com inización Esc pat oek No. C-7 la v sed 09/2021 la v de vacunas para n unas a través del Pro padre, tutor, persona visita de inmunizació	quier información que se determine que es im- obierno, Sección 552.021, 552.023, 559.003 y canea este código QR, con tu teléfo a acceder a la información relativa vacuna(s) que se está administrando niños de Texas (TVFC) grama de Vacunas para Niños de Texas (TVI registrada o por el proveedor de atención m n para garantizar el estado de elegibilidad pr be vacunas bajo el Programa TVFC.	correcta. Consulte 2 559.004) mo, a a b. C) en la oficina del proveece édica. Evaluación de
Totificación de privacidad: con pocas excepciones, tiene totificación de privacidad: con pocas excepciones, tiene tecibir y revisar la información previa solicitud. También ttp://www.dshs.texas.gov para obtener más información contact Information: Questions? Tel: (800) 348-9158 separtamento Estatal de Servicios de Salud de Texas e Texas – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX / exas Department of State Health Services amunizations Registro de evaluación de elegil e debe mantener un registro de todos los niños de 18 añ e atención médica para un mínimo de cinco (5) años. E legibilidad de TVFC y documentación de El estado de cequiere la verificación de las respuestas, es necesario co El primer nombre del niño 2. Fecha de nacimiento del niño: _/	a tiene derecho a pedirle a la agencia e en la notificación de privacidad. (Ref • Fax: (512) 776-7790 • www.Imu • Inmunizaciones Registro de Inmu 78714-9347 bilidad del paciente del programa ios de edad o menores que reciben vac I registro puede ser completado por el elegibilidad debe tener lugar con cada onservar esta o una registro similar pa segundo nombre _/	statal que corrija cual erencia: Código de G nTrac.com inización Esc pat oek No. C-7 la v sed 09/2021 la v de vacunas para n unas a través del Pro padre, tutor, persona visita de inmunizació	quier información que se determine que es im obierno, Sección 552.021, 552.023, 559.003 y canea este código QR, con tu teléfo a acceder a la información relativa vacuna(s) que se está administrando niños de Texas (TVFC) grama de Vacunas para Niños de Texas (TVI registrada o por el proveedor de atención m n para garantizar el estado de elegibilidad pu be vacunas bajo el Programa TVFC. apellido del niño	correcta. Consulte y 559.004) mo, a b. C) en la oficina del proveed édica. Evaluación de ara el programa. Si bien no
Interference Interference	a tiene derecho a pedirle a la agencia e en la notificación de privacidad. (Ref • Fax: (512) 776-7790 • www.Imi • Inmunizaciones Registro de Inmu 78714-9347 st Rev bilidad del paciente del programa ios de edad o menores que reciben vac l registro puede ser completado por el elegibilidad debe tener lugar con cada onservar esta o una registro similar pa segundo nombre // 1 / aaaa	statal que corrija cual erencia: Código de G nTrac.com inización Eso pat bek No. C-7 la v sed 09/2021 a de vacunas para n unas a través del Pro padre, tutor, persona visita de inmunizació ra cada niño que reci	quier información que se determine que es im- obierno, Sección 552.021, 552.023, 559.003 y canea este código QR, con tu teléfo a acceder a la información relativa vacuna(s) que se está administrando niños de Texas (TVFC) grama de Vacunas para Niños de Texas (TVI registrada o por el proveedor de atención m n para garantizar el estado de elegibilidad pr be vacunas bajo el Programa TVFC.	correcta. Consulte 2 559.004) mo, a b. C) en la oficina del provee édica. Evaluación de
Iotificación de privacidad: con pocas excepciones, tiene iotificación de privacidad: con pocas excepciones, tiene icibir y revisar la información previa solicitud. También ttp://www.dshs.texas.gov para obtener más información iontact Information: Questions? Tel: (800) 348-9158 ereataramento Estatal de Servicios de Salud de Texas e Texas – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX * exas Departament of State Health Services munizations Registro de evaluación de elegil e debe mantener un registro de todos los niños de 18 añ e atención médica para un mínimo de cinco (5) años. E legibilidad de TVFC y documentación de El estado de ce equiere la verificación de las respuestas, es necesario co El primer nombre del niño 2. Fecha de nacimiento del niño 2. Fecha de nacimiento del niño 4. Por favor marque la categoría que aplid está inscrito en Medicaid: Número de M es un indio americano o un nativo de Alas no tienen seguro de salud está inscrito en el Plan de Seguro de Salud	a tiene derecho a pedirle a la agencia e en la notificación de privacidad. (Ref • Fax: (512) 776-7790 • www.Imi • Inmunizaciones Registro de Inmu 78714-9347 st Rev bilidad del paciente del programa ios de edad o menores que reciben vac l registro puede ser completado por el elegibilidad debe tener lugar con cada onservar esta o una registro similar pa segundo nombre // 1 / aaaa spellido ca: Medicaidka l para Niños CHIP	statal que corrija cual erencia: Código de G nTrac.com inización Eso pat bek No. C-7 la v sed 09/2021 a de vacunas para n unas a través del Pro padre, tutor, persona visita de inmunizació ra cada niño que reci	quier información que se determine que es im obierno, Sección 552.021, 552.023, 559.003 y canea este código QR, con tu teléfo a acceder a la información relativa vacuna(s) que se está administrando uiños de Texas (TVFC) grama de Vacunas para Niños de Texas (TVI registrada o por el proveedor de atención m n para garantizar el estado de elegibilidad pu be vacunas bajo el Programa TVFC. apellido del niño Primer nombre	correcta. Consulte 2 559.004) Ino, a b. C) en la oficina del provee édica. Evaluación de ara el programa. Si bien no Inicial del
Iotificación de privacidad: con pocas excepciones, tiene icibir y revisar la información previa solicitud. También ttp://www.dshs.texas.gov para obtener más información iontact Information: Questions? Tel: (800) 348-9158 iopartamento Estatal de Servicios de Salud de Texas e Texas – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX * exas Department of State Health Services munizations Registro de evaluación de elegil e debe mantener un registro de todos los niños de 18 afi e atención médica para un mínimo de cinco (5) años. E legibilidad de TVFC y documentación de El estado de ce equiere la verificación de las respuestas, es necesario co El primer nombre del niño 2. Fecha de nacimiento del niño: 4. Por favor marque la categoría que aplid 4. Por favor marque la categoría que aplid	a tiene derecho a pedirle a la agencia e en la notificación de privacidad. (Ref • Fax: (512) 776-7790 • www.Imi • Inmunizaciones Registro de Inmu 78714-9347 bilidad del paciente del programa fos de edad o menores que reciben vac I registro puede ser completado por el elegibilidad debe tener lugar con cada onservar esta o una registro similar pa segundo nombre // 1 / aaaa Apellido ca: Medicaid ka I para Niños CHIP no incluye vacunas	statal que corrija cual erencia: Código de G nTrac.com inización Eso pat bek No. C-7 la v sed 09/2021 a de vacunas para n unas a través del Pro padre, tutor, persona visita de inmunizació ra cada niño que reci	quier información que se determine que es im obierno, Sección 552.021, 552.023, 559.003 y canea este código QR, con tu teléfo a acceder a la información relativa vacuna(s) que se está administrando uiños de Texas (TVFC) grama de Vacunas para Niños de Texas (TVI registrada o por el proveedor de atención m n para garantizar el estado de elegibilidad pu be vacunas bajo el Programa TVFC. apellido del niño Primer nombre	correcta. Consulte 559.004) no, a b. C) en la oficina del provece édica. Evaluación de ara el programa. Si bien no
Iotificación de privacidad: con pocas excepciones, tiene iotificación de privacidad: con pocas excepciones, tiene icibir y revisar la información previa solicitud. También ttp://www.dshs.texas.gov para obtener más información iontact Information: Questions? Tel: (800) 348-9158 ereataramento Estatal de Servicios de Salud de Texas e Texas – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX * exas Departament of State Health Services munizations Registro de evaluación de elegil e debe mantener un registro de todos los niños de 18 añ e atención médica para un mínimo de cinco (5) años. E legibilidad de TVFC y documentación de El estado de ce equiere la verificación de las respuestas, es necesario co El primer nombre del niño 2. Fecha de nacimiento del niño 2. Fecha de nacimiento del niño 4. Por favor marque la categoría que aplid está inscrito en Medicaid: Número de M es un indio americano o un nativo de Alas no tienen seguro de salud está inscrito en el Plan de Seguro de Salud	a tiene derecho a pedirle a la agencia e en la notificación de privacidad. (Ref • Fax: (512) 776-7790 • www.Imi • Inmunizaciones Registro de Inmu 78714-9347 bilidad del paciente del programa ios de edad o menores que reciben vac I registro puede ser completado por el elegibilidad debe tener lugar con cada onservar esta o una registro similar pa 	statal que corrija cual erencia: Código de G nTrac.com inización Eso pat bek No. C-7 la v sed 09/2021 a de vacunas para n unas a través del Pro padre, tutor, persona visita de inmunizació ra cada niño que reci	quier información que se determine que es im obierno, Sección 552.021, 552.023, 559.003 y canea este código QR, con tu teléfo a acceder a la información relativa vacuna(s) que se está administrando uiños de Texas (TVFC) grama de Vacunas para Niños de Texas (TVI registrada o por el proveedor de atención m n para garantizar el estado de elegibilidad pu be vacunas bajo el Programa TVFC. apellido del niño Primer nombre	correcta. Consulte 559.004) no, a b. C) en la oficina del provece édica. Evaluación de ara el programa. Si bien no

