

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ La fecha de hoy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad del paciente: \_\_\_\_\_ Género: ( M / F ) Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Código Postal: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN REQUERIDA SOBRE EL SEGURO

Al completar la siguiente sección de seguro, autorizo el pago de beneficios médicos por cualquier servicio prestado. Esta información se utilizará con el propósito de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios.

Indique el proveedor de cobertura del paciente:

Aetna     Blue Cross Blue Shield     CIGNA     Humana     United

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:	ID de miembro (todas las letras y números):
Fecha de nacimiento del suscriptor (titular de la póliza): ___/___/___	Número de grupo:

**\* Si está utilizando un seguro, incluya una copia de su tarjeta con este formulario de consentimiento**

<b>TRICARE</b> Información del miembro de las Fuerzas Armadas	NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:	Fecha de nacimiento: ___/___/___	Número de Seguro Social: _____	Número del DOD: _____
--	---	----------------------------------	--------------------------------	-----------------------

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre el paciente que recibe la(s) vacuna(s) hoy:

1. ¿Está enfermo el paciente hoy?	Sí ___ No ___
2. ¿El paciente tiene alergias a medicamentos, alimentos o algún componente de la vacuna, o al látex? **En caso afirmativo, describa _____	Sí ___ No ___
3. ¿Ha tenido el paciente una reacción seria a una vacuna en el pasado? **En caso afirmativo, describa _____	Sí ___ No ___
4. ¿Alguna vez el paciente se ha sentido mareado o desmayado antes, durante o después de recibir una inyección?	Sí ___ No ___
5. ¿Alguna vez te han diagnosticado una afección cardíaca (miocarditis o pericarditis)? o ¿ha tenido un sistema inflamatorio multisistémico (MIS-A o MIS-C) después de una infección por el virus que causa el COVID-19?	Sí ___ No ___
6. ¿El paciente ha recibido una vacuna en las últimas 4 semanas? **En caso afirmativo, enumere la(s) vacuna(s) _____	Sí ___ No ___

### CONSENTIMIENTO PARA LA INMUNIZACIÓN

Por la presente doy autorización para que el PCHD administre las vacunas requeridas a yo mismo/niño. Libero al Distrito de Hospitales del Condado de Parker, sus empleados, representantes de y agentes de cualquier responsabilidad por darme a mí mismo/a los niños vacunados. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema asociado a con la recepción de las vacunas. Reconozco que he recibido todas las hojas de información de Vaccine, a través del código QR, para las vacunas administradas. He tenido la oportunidad de que todos respondieran mis preguntas.

Escanee este código QR con su teléfono para acceder a la información sobre la(s) vacuna(s) que se administrará.



**FIRMA AQUÍ** Firma del paciente/padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 PCHD Staff signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)
Consentimiento para Adultos



Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Sexo: Masculino 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): 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): Hispánico 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 los registros de vacunación. Al darnos usted su consentimiento, los datos sobre sus vacunas se incluirán en el Registro de Inmunización de Texas.

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.

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.

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): Nombre escrito a mano, Fecha, 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.

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