

Formulario de consentimiento para la vacuna CHILD

Nombre completo del paciente: _____ Fecha: ___/___/___

Fecha de nacimiento del paciente: ___/___/___ Edad del paciente: _____ GÉNERO: (M / F) Teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad / Código postal: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO REQUERIDA

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

Por favor indique el proveedor de cobertura del paciente:

Aetna Blue Cross Blue Shield CIGNA Humana United

Nombre del titular de la póliza: _____	ID del miembro (todas las letras y números): _____
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ___/___/___	Número de grupo: _____

*** Si presenta un seguro, incluya una copia de su tarjeta con este formulario de consentimiento.**

TRICARE Miembro militar información:	Titular de la póliza Nombre: _____	Fecha de nacimiento: ___/___/___	Número de la Seguridad Social: _____	DOD #: _____
---	------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------

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

- ¿El paciente está enfermo hoy? sí___ No___
- ¿Tiene el paciente alergia a medicamentos, alimentos, a algún componente de la vacuna o al látex? sí___ No___
**En caso afirmativo, describa _____
- Has the patient had a serious reaction to a vaccine in the past? sí___ No___
**En caso afirmativo, describa _____
- ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez el paciente antes, durante o después de recibir una inyección? sí___ No___
- ¿Ha sufrido el paciente o algún familiar directo una crisis epiléptica? ¿Ha tenido el paciente problemas cerebrales o de otro sistema nervioso? sí___ No___
**En caso afirmativo, describa _____
- ¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario? sí___ No___
**En caso afirmativo, describa _____
- ¿Tiene el paciente un progenitor o hermano con un problema del sistema inmunitario? sí___ No___
**En caso afirmativo, describa _____
- En los últimos 6 meses, ¿ha tomado el paciente medicamentos que afectan al sistema inmunitario como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer o medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o se ha sometido a tratamientos de radiación? sí___ No___
En caso afirmativo, indique la medicación y la fecha del último tratamiento _____
- ¿Ha recibido el paciente transfusiones de sangre o productos sanguíneos, o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antivírico en el último año? sí___ No___
**En caso afirmativo, describa _____
- ¿Padece el paciente algún trastorno sanguíneo o hemorrágico como trombocitopenia o trombocitopenia púrpura? sí___ No___
- (Si tiene 20 años o menos) ¿Está el paciente en tratamiento con aspirina? sí___ No___
- ¿La paciente está embarazada o podría quedarse embarazada en el próximo mes? sí___ No___
- ¿Ha recibido el paciente alguna vacuna en las últimas 4 semanas? sí___ No___
**En caso afirmativo, indique la(s) vacuna(s) _____

Consentimiento para la vacunación

Por la presente, doy autorización para que PCHD administre las vacunas requeridas a mí o a mi hijo. Yo libero al Distrito de Hospitales del Condado de Parker, sus empleados, representantes y agentes de cualquier responsabilidad por administrarme a mí/niño vacunas. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema asociado con la recepción de las vacunas. También soy consciente de que la receptora de esta vacuna no está actualmente embarazada y no debe quedarse embarazada en las 4 semanas siguientes a la recepción de determinadas vacunas de virus vivos. Reconozco que he recibido todas las hojas de información sobre las vacunas, mediante código QR, para las vacunas administradas. He tenido la oportunidad de recibir respuesta a todas mis preguntas. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y haré saber a PCHD/escuela de cualquier cambio antes de ser vacunado. Autorizo a PCHD a proporcionar a la escuela de mi hijo la documentación de las vacunas administradas hoy.

Escanee este código QR con tu teléfono para acceder a información sobre la(s) vacuna(s) a administrar.



Firma padre/guardiano: _____ Fecha: ___/___/___

FIRMA AQUÍ PCHD Staff signature: _____ Date: ___/___/___



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's name, birth date, sex, phone, address, city, state, zip, county, and mother's name.

Etnicidad (seleccione las que correspondan)

- Checkboxes for ethnicity: Indio americano, Asiático, Negro, Hispano, etc.

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.

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 for Name, Firma, and 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.

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 09/2021

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 patient's name, birth date, parent's name, and eligibility questions.

