



Texas Department of State Health Services

Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna Inactivada Contra la Influenza 2009 H1N1

1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de la enfermedad que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad que esta vacuna previene, la vacuna y cómo se da la vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir la enfermedad que esta vacuna previene.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

*DECLARACIÓN: Autorizo que se de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo. También pido pago de beneficios del gobierno al agente que acepte la asignatura.

Vacuna que se va a dar: la vacuna inactivada contra la gripe 2009 H1N1

Provider Identification No.: _____ Medicare Health Insurance Claim No.: _____

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)					
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo (marque uno) M F	
Nombre de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)			Apellido de Soltera de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)		
Dirección	Ciudad	Condado	Estado TX	Código postal	
Categoría por grupos de edad: (Marque sólo uno) <input type="checkbox"/> 6-23 meses <input type="checkbox"/> 24-59 meses <input type="checkbox"/> 5-18 años <input type="checkbox"/> 19-24 años <input type="checkbox"/> 25-49 años <input type="checkbox"/> 50-64 años <input type="checkbox"/> 65+ años					
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):			Fecha: _____ (mm/dd/aa)		
Testigo			Fecha: _____ (mm/dd/aa)		

Para uso de la clínica o de la oficina Clinic/Office Address:
Date Vaccine Administered:
Vaccine Manufacturer:
Vaccine Lot Number:
Site of Administration: <input type="checkbox"/> Imm / where? _____
Signature of Vaccine Administrator:
Title of Vaccine Administrator:
Dose Number: (Please check one) <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> Unknown

Consentimiento de retención de información relacionada con el desastre y para dar a conocer la información a entidades autorizadas

Entiendo que, al dar mi consentimiento a continuación, autorizo al DSHS a que retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo(a)) más allá del periodo de retención de 5 años. Además entiendo que el DSHS incluirá esa información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac"). Una vez que mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo(a)) esté en ImmTrac, puede ésta por ley ser accedida por:

- las agencias estatales, con el propósito de ayudar con los esfuerzos de prevención y control de enfermedades transmisibles y su coordinación y
- los médicos o demás profesionales de la salud legalmente autorizados para administrar vacunas, antivirales y otros medicamentos, para el tratamiento del cliente como paciente.

Entiendo que puedo retirar este el consentimiento para retener información en el registro ImmTrac más allá del periodo de retención de 5 años y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro, en cualquier momento mediante comunicación escrita dirigida a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para que se retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo(a)) si es menor de 18 años de edad) en el registro de inmunizaciones de Texas más allá del periodo de retención de 5 años.

Cliente (o padre/madre, tutor legal o custodio administrador): _____

Nombre en letra de molde

Fecha (mm/dd/aa) _____ 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.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Aviso sobre derechos de la vida privada: Yo admito haber recibido de mi proveedor de inmunización una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

Notice: Alterations or changes to this publication is prohibited without the express written consent of the Texas Department of State Health Services, Immunization Branch.

Instructions: File this consent statement in the patient's chart.



Texas Department of State Health Services

Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna 2009 H1N1 Viva Atenuada Influenza

1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de la enfermedad que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad que esta vacuna previene, la vacuna y cómo se da la vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir la enfermedad que esta vacuna previene.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

*DECLARACIÓN: Autorizo que se de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo. También pido pago de beneficios del gobierno al agente que acepte la asignatura.

Vacuna que se va a dar: La vacuna 2009 H1N1 LAIV

Provider Identification No.: _____ Medicare Health Insurance Claim No.: _____

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)					Para uso de la clínica o de la oficina Clinic/Office Address:	
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo (marque uno) M F		
Nombre de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)			Apellido de Soltera de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)			Date Vaccine Administered:
Dirección			Ciudad	Condado	Estado TX	Código postal
Categoría por grupos de edad: (Marque sólo uno)		<input type="checkbox"/> 6-23 meses	<input type="checkbox"/> 24-59 meses	<input type="checkbox"/> 5-18 años		Vaccine Manufacturer:
		<input type="checkbox"/> 19-24 años	<input type="checkbox"/> 25-49 años	<input type="checkbox"/> 50-64 años		<input type="checkbox"/> 65+ años
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):					Fecha: _____ (mm/dd/aa)	
Testigo					Fecha: _____ (mm/dd/aa)	
Signature of Vaccine Administrator:						
Title of Vaccine Administrator:						
Dose Number: (Please check one) <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> Unknown						

Consentimiento de retención de información relacionada con el desastre y dar a conocer la información a entidades autorizadas
Entiendo que, al dar mi consentimiento a continuación, autorizo al DSHS a que retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo(a)) más allá del periodo de retención de 5 años. Además entiendo que el DSHS incluirá esa información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac"). Una vez que mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo(a)) esté en ImmTrac, puede ésta por ley ser accedida por:

- las agencias estatales, con el propósito de ayudar con los esfuerzos de prevención y control de enfermedades transmisibles y su coordinación y
- los médicos o demás profesionales de la salud legalmente autorizados para administrar vacunas, antivirales y otros medicamentos, para el tratamiento del cliente como paciente.

Entiendo que puedo retirar este el consentimiento para retener información en el registro ImmTrac más allá del periodo de retención de 5 años y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro, en cualquier momento mediante comunicación escrita dirigida a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group - MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para que se retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo(a)) si es menor de 18 años de edad) en el registro de inmunizaciones de Texas más allá del periodo de retención de 5 años.

Cliente (o padre/madre, tutor legal o custodio administrador): _____
Nombre en letra de molde

Fecha (mm/dd/aa) _____ 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.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Aviso sobre derechos de la vida privada: Yo admito haber recibido de mi proveedor de inmunización una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

Notice: Alterations or changes to this publication is prohibited without the express written consent of the Texas Department of State Health Services, Immunization Branch.

Instructions: File this consent statement in the patient's chart.