Formulario de consentimiento de FLU para niños

Parker County Hospital District
OUTREACH PROGRAM
1115 Pecan Drive
Weatherford, TX 76086
(817) 458-3254

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

PRIMER NOMBRE: | MI | APELLIDO:

FECHA DE NACIMIENTO: (M M / D D / A A A A) | AÑOS: | GÉNERO: MASCULINO FEMENINO

DIRECCIÓN:

CIUDAD: | CÓDIGO POSTAL: | NÚMERO DE CONTACTO DE EMERGENCIA: - -

INFORMACIÓN PARA PADRES / TUTORES:

PRIMER NOMBRE: | APELLIDO:

INFORMACIÓN DE LA CLÍNICA ESCOLAR (PROPORCIONAR SI CORRESPONDE):

NOMBRE DE ESCUELA: | GRADO ESCOLAR: | NOMBRE DEL PROFESOR:

REQUIRED INSURANCE INFORMATION (POR FAVOR, MARQUE LA CASILLA QUE CORRESPONDE):

☐ SIN SEGURO ☐ MEDICAID

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIVADO (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: | APELLIDO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: (M M / D D / A A A A)

☐ TRICARE

*** SE REQUIERE EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PATROCINADOR PARA LA PRESENTACIÓN DEL SEGURO *** - -

★ CUESTIONARIO DE VACUNACIÓN Y SALUD: ★

1.	¿La persona que va a vacunarse se siente enferma hoy?	SI	NO
2.	¿Alguna vez el paciente ha tenido una reacción alérgica grave o potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe?	SI	NO
3.	¿El paciente tiene alergia a algún componente de la vacuna contra la gripe?	SI	NO
4.	¿Alguna vez el paciente ha sido diagnosticado con el síndrome de Guillain-Barré?	SI	NO

Autorización para la Administración de la Vacuna Contra la Influenza

Estoy proporcionando este formulario de consentimiento al Distrito Hospitalario del Condado de Parker para que mi hijo pueda recibir la vacuna contra la influenza. He leído y entiendo la información 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, Mi niñe se siente bien hoy y no ha tenido fiebre recientemente. es elegible para recibir la vacuna contra la influenza en esta fecha. Mi niñe se siente bien hoy y no ha tenido fiebre recientemente. Entiendo que no se puede garantizar que la vacuna contra la influenza le dará a mi hijo inmunidad contra CUALQUIER cepa de influenza. Por la presente reconozco que he recibido acceso a la información sobre la vacuna contra la influenza 2023-2024 que fue proporcionada mediante un código QR. Libero al Distrito Hospitalario del Condado de Parker, a los representantes y agentes de sus empleados de cualquier responsabilidad por administrarle a mi niñe la vacuna contra la influenza. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica por cualquier problema asociado con la recepción de la vacuna por parte de mi hijo. He tenido la oportunidad de que me respondieran todas mis preguntas. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y haré que PCHD/la escuela esté al tanto de cualquier cambio antes de que mi hijo sea vacunado. Autorizo a PCHD a proporcionar a la escuela de mi hijo la documentación de las vacunas administradas hoy.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de PCHD _____ Fecha _____

Para información detallada sobre la vacuna contra la gripe, escaneo este código QR con tu teléfono

Sólo para uso administrativo

Clinic Location: _____

Date: __/_____/_____

Vaccine Lot #: _____

Expiration Date: _____

Location: RA LA

Administered by: _____

★ Se DEBE completar el reverso de este formulario ★

TEXAS Health and Human Services | Texas Department of State Health 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 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 ☐ negativa a responder

☐ 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). Con su consentimiento, la información de vacunación de su hijo se incluirá en el Registro de vacunación de Texas. Médicos, departamentos de salud pública, las escuelas y otros profesionales autorizados pueden acceder al historial de vacunación de su hijo para garantizar que no se pierdan vacunas importantes. Para obtener más información, consulte la Sección del Código de Salud y Seguridad de Texas. 161.007 (d). **https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007.**

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. departamento, con fines de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción, un médico u otro proveedor de atención médica legalmente autorizado para administrar vacunas, para tratar al niño como un paciente, una agencia estatal que tenga la custodia legal del niño, una escuela o guardería de Texas en la que esté inscrito el niño y un pagador, actualmente autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operan en Texas, con respecto a la cobertura para el niño. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento presentando una completado el Formulario de Retiro de Consentimiento por escrito al Registro de Vacunación de Texas del Departamento Estatal de Servicios de Salud 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. Un "miembro de la familia inmediata" se define como un padre, cónyuge, hijo o hermano que reside en el mismo hogar que el primer respondedor. Para obtener más información, consulte la Sección del Código de Salud y Seguridad de Texas. 161.00705. https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705.

Marque la siguiente casilla para indicar si su hijo es un familiar inmediato de un primer respondedor: ☐ **Soy un FAMILIAR INMEDIATO de unprimer 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:

* 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. También tiene derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte http://www.dshs.texas.gov para obtener más información en la notificación de privacidad. (Referencia: Código de Gobierno, Sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

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. El registro puede ser completado por el padre, tutor, persona registrada o por el proveedor de atención médica. Evaluación de elegibilidad de TVFC y documentación de El estado de elegibilidad debe tener lugar con cada visita de inmunización para garantizar el estado de elegibilidad para el programa. Si bien no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar esta o una registro similar para cada niño que recibe vacunas bajo el Programa 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: Número de Medicaid** _____ **Fecha de elegibilidad:** ____/___/_____
- ☐ **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.**