

18 yrs +

Lista para Citas

Se necesita un buen número de teléfono para hacer las citas:

Las llamadas para citas se hacen el Viernes en el orden en que recibimos los paquetes los Martes y Jueves. Si no responde la primera vez, pasaremos al siguiente paciente.

- Registro de vacunas completo para niños/adultos
- Hoja Demográfica del Paciente
- Registro de la determinación de elegibilidad del paciente
- Reconocimiento de Examen de Aviso Sobre Practicas de Confidencialidad
- Registro de inmunizacion formulario de consentimiento

Hoja Demográfica del Paciente:

Primer Nombre de Paciente : _____

Segundo Nombre de Paciente: _____

Apellido de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____

de seguro social: _____ Mujer/Hombre

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Condado: _____ Codigo Postal: _____

De Tel.: _____

Nombre de Madre: _____

Apellido de Soltera de la Madre: _____

Nombre de Padre: _____

?Ha tenido el paciente la enfermedad de la viruela (varicella)? No / Si ?Cuando edad/fecha? _____

Donde Naciste? _____ Refugiado? _____



Programa de la Red de Protección de la Salud en Adultos (ASN)

REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN PARA ADULTOS

PROPÓSITO: Determinar y registrar el derecho a la participación en el Programa de la Red de Protección de la Salud en Adultos (ASN) del DSHS. El registro sobre el derecho a participar en el programa de los adultos que reciben vacunas suministradas por el DSHS se debe conservar en papel en la clínica que presta el servicio o en un sistema electrónico como TWICES. Las copias en papel deben conservarse durante cinco (5) años. Cada vez que un adulto vaya a vacunarse, será necesario determinar y documentar si reúne los requisitos para participar en el programa de la ASN.

Fecha de la determinación: _____
(mm/dd/aa)

Nombre: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial segundo nombre)

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer Veterano: Sí No
(mm/dd/aa)

Información importante para antiguos miembros de las Fuerzas Armadas: Los hombres y las mujeres que hayan servido en algún cuerpo de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, incluidos el Ejército, la Fuerza Naval, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el Cuerpo de Reservistas o la Guardia Nacional, podrían tener derecho a otros servicios y beneficios. Para obtener más información, visite el sitio web de los veteranos de Texas en <https://texvet.org/partners/texasgov>.

Requisitos para participar (marque solo una (1) de las siguientes casillas):

- Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas a través del Programa de la ASN porque no tengo seguro médico.
- Tengo 19 años y he sido remitido al programa para terminar de recibir la serie completa de vacunas que empecé a recibir cuando tenía 18 años o menos y cumpla los requisitos para participar en el Programa de Vacunas para Niños de Texas (TVFC). Esta opción solo está disponible hasta que cumpla 20 años. La "serie de vacunas" incluye las vacunas contra la hepatitis A, la hepatitis B, el virus del papiloma humano (VPH), las paperas, el sarampión y la rubéola (MMR), la varicela y la vacuna antimeningocócica.
- Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas a través de los servicios de ayuda en caso de desastre/pandemia. Los CDC eximen del requisito de seguro médico (la persona puede tener seguro o no tenerlo) para todos los servicios de ayuda en caso de desastre.
- Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas de la ASN bajo el Programa de Iniciativa Especial. Los CDC eximen del requisito de seguro médico (la persona puede tener seguro o no tenerlo) a fin de permitir la administración en conjunto con la ASN de vacunas para una población específica.

Proveedor de referencia: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(mm/dd/aa)

NOTA: La falsificación intencionada de los datos contenidos en este documento constituye un fraude. Al firmar este formulario, doy fe de que la información proporcionada más arriba es verídica y correcta. Declaro que la persona arriba mencionada reúne los requisitos para recibir vacunas a través del programa de la ASN.

Con pocas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y ser informado sobre los datos que el Estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar los datos si lo solicita. También tiene derecho a pedir a la entidad estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Para más información sobre la notificación de privacidad, visite <http://www.dshs.texas.gov> (Fuente: Código Gubernamental, secciones 552.021, 552.023 y 559.004.)

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)

Consentimiento para Adultos



Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____
 Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección _____ Núm. de apartamento o edificio _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____
 Nombre de la madre _____ Apellido de soltera _____

Raza (seleccione todos los que correspondan):			Grupo étnico (seleccione solo una):	
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispanico o latino	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No hispano o latino	
<input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<input type="checkbox"/> 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. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de vacunación de su hijo para verificar que no falten vacunas importantes. Para más información, consulte la sección 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.btm#161.007>.

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. Una vez que la información sobre mis vacunas esté en el Registro de Inmunización de Texas, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un médico u otro proveedor de salud de Texas legalmente autorizado para administrar vacunas, como parte del tratamiento que yo reciba como paciente; cualquier escuela de Texas en la que yo esté inscrito; un distrito de salud pública o departamento de salud local de Texas, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; cualquier entidad estatal que tenga custodia sobre mí; cualquier pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con mi cobertura con una póliza de dicho pagador. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al Texas Immunization Registry, Texas Department of State Health Services.

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. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Para más información, consulte la sección 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.btm#161.00705>.

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. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

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