



INFORMACIÓN DEL NIÑO

Apellido		Primer nombre			Segundo nombre	
Dirección		Apt #	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Fecha de nacimiento: _____/_____/_____		Sexo: M F	Raza	Edad	Número Telefónico ()	
Año		Mes / Día /				

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN

Apellido		Primer nombre			Apellido de soltero	
Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ (Mes/Día/Año)		Sexo: M F	Raza	Relación con el menor		

INFORMACIÓN SOBRE LA ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA "VACUNAS PARA NIÑOS DE TEXAS"

El niño/niña nombrado arriba tiene derecho a recibir vacunas por medio del programa "Vacunas para Niños de Texas" porque él o ella (**marque la categoría correspondiente, marque solamente una**):

- (a) recibe beneficios de **MEDICAID**, Numero de Medicaid: _____ Fecha de elegibilidad: _____ TCPH mandara la factura de los servicios a Medicaid.
- (b) no tiene seguro de salud o (c) pertenece a una tribu indígena de los Estados Unidos o (d) pertenece a un grupo indígena de Alaska o
- (e) recibe beneficios del Children's Health Insurance Plan (CHIP) Numero de CHIP: _____ ---- _____ Fecha de Elegibilidad: _____ TCPH mandara la factura de los servicios a Medicaid
- (f) insuficiente cobertura: **1**) tiene seguro de salud comercial (privado), no cubre vacunas; o **2**) el seguro de salud solo cubre ciertas vacunas (TVFC-elegible para vacunas que no están cubiertas bajo el seguro de salud); o **3**) el seguro de salud tiene una cantidad determinada de cobertura para vacunas. Una vez que el monto se alcance, el niño (a) es clasificado con cobertura insuficiente.
- (g) tiene seguro de salud que cubre vacunas (no está elegible para TVFC) **NO PODRÁ RECIBIR VACUNAS VFC EN LA ESCUELA**

*** Falsificar información en este documento a sabiendas constituye un fraude. Al firmar este formulario, doy fe de que la información es verdadera y correcta. Declaro que la persona mencionada arriba es una persona autorizada y es elegible para recibir vacunas TVFC.**

AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO/ DIVULGACIÓN ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN

Entiendo que, al otorgar el consentimiento, estoy autorizando la divulgación de información de vacunación del niño(a) a: (Ponga sus iniciales en las cajas)

- EL Registro de Inmunizaciones del Condado Tarrant (TCIR),
- Yo entiendo que DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunizaciones del estado ("ImmTrac").

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre mi hijo en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para divulgar la información del Registro en cualquier momento mediante comunicación por escrito al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, ImmTrac Group - MC 1946, PO Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Una vez que la información de la inmunización del menor este en el registro, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
- la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
- el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Al firmar este formulario, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi hijo en los registros seleccionados arriba.

De aquí en adelante referido individualmente como un proveedor de salud, escuela o guardería, proveedor de seguro, yo entiendo que estoy autorizando el intercambio/ divulgación electrónicamente de toda la información de inmunización a los proveedores de atención médica para el propósito de cuidado médico continuo. La confidencialidad de la información será mantenida dentro de los límites legales. Además, entiendo que la revocación o denegación a firmar este intercambio/ divulgación no cambiara o perjudica el cuidado de salud en el presente o el futuro por parte del proveedor de salud. Yo entiendo que el proveedor de salud, escuela/ guardería, proveedor de seguro, sus empleados, funcionarios y médicos serán libres de la responsabilidad legal de la divulgación de la información a la medida indicada y autorizada. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a cualquier momento con el entendimiento que toda o parte de la información sería usada en buena fe antes de la revocación. Entiendo que mi consentimiento a esta divulgación de información de inmunización será efectivo hasta que sea retirado en escrito por mí. He recibido información escrita sobre el intercambio electrónico y el uso de información de la inmunización y la ejecución de su uso. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido contestadas a mi satisfacción. Yo doy mi consentimiento voluntariamente.

LISTA DE CONTROL DE DETECCIÓN PARA LAS VACUNAS DE HOY

Para padres y tutores: Este cuestionario nos ayuda a decidir cuales vacunas deben administrarse en la clínica hoy mismo. Por favor, conteste estas preguntas marcando los cuadros. Si no entiende alguna de las preguntas, por favor pregunte a la enfermera o al doctor para que se le explique.	Si	No
1. ¿Está enfermo hoy el niño?		
2. ¿Tiene el niño alergias a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?		
3. ¿Ha padecido el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?		
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones o enfermedad metabólica (como diabetes), asma o un desorden de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?		
5. ¿Ha tenido el niño convulsiones, problemas del cerebro o del sistema nervioso?		
6. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?		
7. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamentos que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?		
8. Durante el año pasado, ¿ha recibido el niño una transfusión de sangre o de productos de sangre, o le han dado inmunoglobulina o gammaglobulina o algún medicamento antiviral?		
9. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?		

