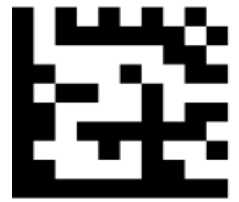




Texas Department of State Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for last name

Apellido del Niño(a)

Grid for first name

Nombre del Niño(a)

Grid for second name

Segundo Nombre del Niño(a)

Grid for birth date

*Solamente niños menores de 18 años.

Género: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Grid for address

Dirección del Niño(a), Calle

Grid for apartment

Apartamento #

Grid for phone

Teléfono

Grid for city

Ciudad

Grid for state

Estado Código Postal

Grid for county

Condado

Grid for mother's name

Nombre de la Madre

Grid for mother's last name

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad).

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas

Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2").

- 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.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group - MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escribe con letra de molde

Fecha

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.

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group - MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.



INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

Se le da Ud. información en esta forma de consentimiento para que pueda informarse mejor sobre los servicios de salud que Ud. recibirá. Luego que Ud. este seguro(a) de haber entendido la información sobre los servicios, y si esta de acuerdo en recibirlos, debe firmar esta forma e indicar que la entiende y consiente a los servicios.

NOTIFICACION: Salud Pública del Condado de Denton
(Nombre del Departamento de Salubridad)

(De hora en adelante llamado el "Departamento") anima a las personas a que busquen su propio medico para exámenes de salud y tratamiento de problemas de salud. Servicios en las clínicas del Departamento son primeramente dirigidas a la prevención de problemas de salud para aquellas personas que no tienen acceso a un medico. El Departamento no puede tomar la responsabilidad de pagar por atención médica que Ud. reciba afuera de esta clínica, incluyendo partos, a menos que se ha dado previa autorización por escrito.

EXCEPCION DE PRUEBAS PRELIMINARES: El Departamento usará pruebas preliminares, las cuales son un método de identificar a personas que se encuentren a riesgo de ciertas enfermedades comunes. Estas pruebas preliminares son de mucho valor ya que descubren ciertas enfermedades tempranamente- antes de que se conviertan en un problema mayor de salud. Sin embargo estas pruebas preliminares son limitadas y no cubren todas las enfermedades, así como también es posible que estas pruebas no identifiquen algunas enfermedades que supuestamente deberían encontrar. Estos resultados no son finales sino parte de un examen medico. Estas pruebas preliminares lo pondrán sobre aviso para que busque servicios de diagnostico y tratamiento de su medico o centro de salud determinado por Ud.

CONSENTIMIENTO GENERAL: Doy permiso al Departamento, a sus empleados y otras personas medicas que prestan servicios bajo su patrocinio, para que hagan evaluaciones o exámenes físicos, para llevar acabo exámenes de laboratorio o otras pruebas (incluyendo la prueba del VIH), para dar inyecciones, medicinas, otros tratamientos y prestar otros servicios de salud al paciente nombrado en esta forma.

CONSENTIMIENTO ADICIONAL: Además del consentimiento general dado, entiendo que formas especiales de consentimiento deben ser leídas y firmadas para los siguientes procedimientos: medicinas para la Tuberculosis, Enfermedad de Hansen, vacunas, y métodos de planificación familiar.

AVISO SOBRE DERECHOS DE LA VIDA PRIVADA: Yo admito haber recibido una copia del Aviso Sobre Derechos de la Vida Privada (HIPAA) del Departamento.

PREGUNTAS: Certifico que esta forma me ha sido explicada ampliamente o que la forma se me ha leído, y que la entiendo. Todos los espacios indicados fueron marcados antes que yo firmara esta forma.

FIRMAS SECCION I: Llene las líneas que no aplican con NA.

Nombre del Paciente _____ Firma _____

Persona Autorizada para dar el Consentimiento (No Siendo el Paciente) _____

Relación _____

Firma _____ Fecha _____

Yo renuncio a la prueba del VIH en este momento. Si es así ponga sus iniciales aquí: _____

FIRMAS SECCION II: Certifico que la persona que da el consentimiento no puede ser notificada y que no ha rehusado antes los servicios solicitados.

Nombre del Paciente N/A _____

Nombre de la persona que da el Consentimiento N/A _____

Firma N/A _____ Relación al Paciente N/A _____

Telefono N/A _____ Fecha N/A _____

Dirección N/A _____

FIRMAS SECCION III:

Firma del Consejero _____ Fecha _____

Llevando nuestras comunidades a un futuro más saludable.

Inmunización Elegibilidad del Paciente Screening: Niño

La Fecha de Hoy: _____ / _____ / _____
mes día año

Nombre del niño o niña: _____
Apellido Primer Nombre

Padre/madre: _____
Apellido Primer Nombre

Fecha de nacimiento del niño o niña: _____ / _____ / _____
mes día año

Marque la categoría que corresponda. Complete el información de Medicaid, CHIP, o seguro privado, si se aplica. Firme y la fecha a la derecha.

Mi hijo...

Está inscrito en MEDICAID	
Está inscrito en CHIP	
NO TIENE seguro médico	
Es Indio Americano o Nativo de Alaska	
Tiene seguro médico privado, pero el seguro sólo cubre ciertas vacunas, o la cobertura no incluye las vacunas	
Tiene aseguranza privada que cubre toda las vacunas , o tiene aseguranza privada que cubre cierta cantidad de las vacunas	

Clerical Staff Use Only: Program Eligibility	
TVFC	Private Flu/Travel
Verified By (staff initials): _____	

MEDICAID:

Número del Medicaid: _____
Fecha en que adquirió el derecho a la participación: _____

CHIP:

Número del CHIP: _____
Fecha en que adquirió el derecho a la participación: _____

SEGURA PRIVADO:

Nombre de la aseguradora: _____
Nombre del seguro: _____
Número de contacto de la aseguradora: _____
Número de póliza o del asegurado: _____

NOTA: El que falsifique a sabiendas la información en este documento constituye un fraude.
Al firmar el formulario, doy fe de que la información de arriba es verídica y correcta.

SU FIRMA _____
FECHA _____

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

nombre del paciente _____
 fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
mes día año

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos administrar a su hijo hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no necesariamente significa que no se debe vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, solicítele a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿El niño está enfermo hoy? (incluyendo fiebre mas de 100.4) a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El niño es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex? a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El niño ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado? (i.e. anafilaxia) a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El niño ha tenido algún problema de salud como enfermedad de pulmonar, cardíaca, renal o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo? a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 18 años de edad, ¿le ha dicho algún proveedor de atención médica que el niño tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; el niño ha tenido problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso? (por ejemplo, síndrome de Guillain-Barré) a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El niño o un miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario, o que tien que estar en un ambiente protegido y aislado? a. Si contesta "si," explique quien: b. ¿viven con una persona con esa persona o esperan tener contacto con ella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿En los últimos 3 meses, el niño ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tuvo tratamientos de radiación? a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durante el año pasado, ¿el niño recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina o gammaglobulina o algún medicamento antiviral? a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿La niña/adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Se le aplicó alguna vacuna o un examen de TB(tuberculosis) al niño en las últimas 4 semanas? a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forma llenada por _____ Fecha _____

Forma revisada por _____ Fecha _____

¿Trajo su cartilla de vacunación consigo? sí no

ES IMPORTANTE QUE TENGA UN REGISTRO PERSONAL DE LAS VACUNAS DE SU HIJO. SI NO LO TIENE, PÍDALE AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DE SU HIJO QUE LE DÉ UNO CON TODAS LAS VACUNAS DE SU HIJO. GUÁRDELO EN UN LUGAR SEGURO Y LLÉVELO CON USTED TODAS LAS VECES QUE BUSQUE ATENCIÓN MÉDICA PARA SU HIJO. SU HIJO NECESITARÁ ESTE DOCUMENTO PARA INGRESAR A LA GUARDERÍA O A LA ESCUELA, PARA OBTENER EMPLEOS O PARA VIAJAR AL EXTRANJERO. "SCREENING CHECKLIST FOR CONTRAINDICATIONS TO VACCINES FOR CHILDREN AND TEENS"



Llevando nuestras comunidades a un futuro más saludable.

CONSENTIMIENTO INFORMATIVO PARA UTILIZAR EL PORTAL DEL PACIENTE DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE DENTON

El Portal del paciente es un sistema de mensajería seguro y basado en Internet que le permite acceder de forma privada su información médica y los resultados de las pruebas que mantiene el Departamento de Salud Pública del Condado de Denton (DCPH). El sitio web cumple con la ley federal HIPAA (Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguro Médico). Los datos están encriptados, lo que les protege contra cualquier uso no autorizado. Solo usted tendrá acceso autorizado utilizando su nombre de usuario y contraseña única. Los correos electrónicos (e-mails), nombres de usuarios y contraseñas nunca son compartidos por DCPH con otras agencias.

Si desea participar con este servicio voluntario:

- 1). Lea, firme y agregue fecha a este formulario; reconociendo que comprende y acepta nuestra póliza. Esto debe ser verificado por un miembro de nuestro personal.
- 2). Bríndenos su información de contacto escrita y segura por correo electrónico.
- 3). Después, recibirá un correo electrónico con una identificación única y una contraseña temporal de parte de nuestro proveedor de registros médicos electrónicos eClinicalworks.
- 4). Iniciar sesión al portal del paciente junto al enlace enviado a su correo electrónico con su nombre de usuario y contraseña temporal.
- 5). Una vez que haya iniciado sesión, tendrá la oportunidad de crear una nueva contraseña y ver los resultados de sus exámenes

Al leer, completar y firmar este formulario, reconozco que he leído y comprendido por completo el Acuerdo y Consentimiento del Usuario del Portal del Paciente. **Yo renuncio el portal del paciente**

Mi nombre de usuario y contraseña no se compartirán con otros y también es mi responsabilidad de protegerlos del acceso a personas no autorizadas.

El uso del sistema del portal de pacientes del condado de Denton depende de que mantenga un estado satisfactorio como paciente activo en las clínicas de DCPH, este acceso puede revocarse o deshabilitarse sin previo aviso.

Para continuar con acceso al portal del paciente, acepto notificar a DCPH cualquier cambio futuro en mi dirección de correo electrónico. Entiendo que mi revisión y consentimiento por escrito deben actualizarse / cuando esta póliza se modifique en el futuro.

Firma del paciente/guardián: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Testigo (empleado): _____ Fecha: _____

Correo electrónico confidencial (letra legible) _____

Si el paciente es menor, ingrese el nombre del padre / tutor que solicita el acceso:

Nombre impreso: _____ Fecha: _____

Testigo (empleado): _____ Fecha: _____