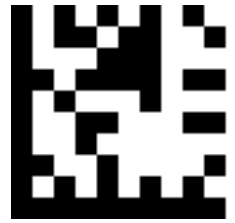




Texas Department of State Health Services

REGISTRO DE VACUNAS (ImmTrac2)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA ADULTOS



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for last name

Apellido

Grid for first name

Primer Nombre

Grid for birth date

Fecha de Nacimiento

Grid for address

Dirección

Grid for city

Ciudad

Grid for mother's name

Nombre de la Madre

Grid for second name

Segundo Nombre

Gender: Male/Female

Grid for apartment #

Apartamento #

Grid for phone number

Teléfono

Grid for state

Estado

Grid for zip code

Código Postal

Grid for county

Condado

Grid for mother's maiden name

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de vacunas de Texas, es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de vacunas es un servicio seguro y confidencial que consolida el récord de las vacunas para propósitos de salud pública...

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas le invita a participar voluntariamente en el registro de vacunas de Texas.

Consentimiento para registrar y dar a conocer el récord de las vacunas a las personas / entidades autorizadas

Entiendo que, al dar mi consentimiento a continuación, autorizo dar a conocer la información de mis vacunas al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de las vacunas del estado, ImmTrac2.

- el médico u otro proveedor de salud de Texas legalmente autorizado para administrar vacunas para el tratamiento del individuo como paciente;
la escuela de Texas en la que el individuo está inscrito;
el distrito de salud pública o el departamento de salud local de Texas, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
la agencia estatal que tenga la custodia legal del individuo;
el pagador actualmente autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas, con respecto al récord de las vacunas relacionadas con el individuo cubierto según la póliza del pagador.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mi información de las vacunas en el registro de vacunas de Texas, ImmTrac2.

Individuo (o el representante legalmente autorizado del individuo):

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma

Notificación de privacidad: con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine es incorrecta.

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.

Cuestionario De Elegibilidad Para Vacunas Del Paciente: Adultos

Fecha de hoy: _____ / _____ / _____
mes día año

Nombre de Paciente: _____
Apellido Primer Nombre

Fecha de nacimiento de paciente _____ / _____ / _____
mes día año

Hombre Mujer

Condado de residencia: _____ Veterano: Sí No

Marque la categoría que corresponda; marque sólo una.
Y luego, firme y agregue la fecha abajo.

El Paciente...

NO TIENE seguro médico	<input type="checkbox"/>
Tiene Medicaid de Adulto / Programa de Salud para la Mujer de Texas, o CHIP Perinatal	<input type="checkbox"/>
Tiene seguro privado o Medicare	<input type="checkbox"/>

Tengo 19 años de edad y me han referido a la clínica para terminar una serie de vacunas que inicié cuando tenía 18 años de edad o menos y elegible bajo el programa Vacunas Para Niños de Texas (TVFC)

Proveedor que hizo la derivación:

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.

FIRMA DE PACIENTE: _____

FECHA: _____

Información importante para antiguos integrantes de las Fuerzas Armada

Los hombres y las mujeres que hayan formado parte de cualquiera de los cuerpos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluido el Ejército de Tierra, la Armada, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el Cuerpo de Reservistas o la Guardia Nacional) podrían tener derecho a recibir otros beneficios y servicios. Para obtener más información, visite el portal web de los veteranos de Texas en www.veterans.portal.texas.gov.

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

Llevando nuestras comunidades a un futuro más saludable.

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de adultos

nombre del paciente _____

fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
mes día año

A los pacientes: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podemos dar hoy. Si contesta "sí" a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no lo deben vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	sí	no	no sabe
1. ¿Está enfermo hoy? (incluyendo fiebre mas de 100.4) a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex? a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tuvo alguna vez una reacción seria después de vacunarse? (i.e. anafilaxia) a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene algún problema de salud a largo plazo, como enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, asma, enfermedad de los riñones, enfermedad metabólica (como la diabetes), anemia o algún otro trastorno de la sangre? a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico? a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿En los últimos 3 meses ha tomado medicamentos que afecten su sistema inmunológico, 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 ha tenido tratamientos de radiación? a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tuvo alguna vez convulsiones o problemas del cerebro 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. Durante el año pasado, ¿le hicieron una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o un medicamento antiviral? a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Le aplicaron alguna vacuna o ha tenido un examen de TB(tuberculosis) en las últimas 4 semanas? a. Si contesta "si," explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

formulario llenado por _____ fecha _____

formulario revisado por _____ fecha _____

¿Trajo su comprobante de vacunación hoy? sí no

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal. Si no lo tiene, pídale a su profesional de la salud que le dé uno. Guárdelo en un lugar seguro y llévalo todas las veces que reciba atención médica. Asegúrese de que su profesional de la salud escriba allí todas las vacunas que reciba.

SCREENING CHECKLIST FOR CONTRAINDICATIONS TO VACCINES FOR ADULTS



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: _____