



**Texas Department of State Health Services**  
**Apéndice a la Declaración Informativa sobre Vacunas referente a la**  
**vacuna inactivada o recombinante contra la influenza 2014-2015**

1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de la enfermedad que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad que esta vacuna previene, la vacuna y cómo se da la vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir la enfermedad que esta vacuna previene.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

Vacuna que se va a dar:  la vacuna inactivada contra la gripe  Vacuna recombinante contra la influenza

**DECLARACIÓN:** Autorizo que se de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo.  
 También pido pago de beneficios del gobierno al agente que acepte la asignatura.

Provider Identification Number: \_\_\_\_\_

Medicare Health Insurance Claim Number: \_\_\_\_\_

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)					Para uso de la clínica o de la oficina Clinic/Office Address:	
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo (marque uno)		
				M	F	
Dirección	Ciudad	Condado	Estado <b>TX</b>	Código postal		Date Vaccine Administered:
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal): <span style="color: red; font-weight: bold; font-size: small;">¿ESTA USTED ALERGICO AL HUEVO? SI O NO</span>						Vaccine Manufacturer:
						Vaccine Lot Number:
X _____ Fecha _____						Site of Injection:
X Testigo _____ Fecha _____						Signature of Vaccine Administrator:
						Title of Vaccine Administrator:

**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. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004).

Aviso sobre derechos de la vida privada: Yo admito haber recibido de mi proveedor de inmunización una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

Notice: Alterations or changes to this publication is prohibited without the express written consent of the Texas Department of State Health Services, Immunization Branch.

**Instructions: File this consent statement in the patient's chart.**

Fecha: \_\_\_\_\_

**FORMA de GRIPE**  
(Flu Form)

Time: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_  
(Personal de la Oficina)

APPELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_

APPELLIDO DE SOLTERA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO: \_\_\_\_\_

NUMERO POSTAL: \_\_\_\_\_ PAIS de NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_

NUMERO SOCIAL #: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TELEFONO #: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO/ Favor de escribir la informacion en el espacio correspondiente**

MEDICAID \_\_\_\_\_ HUMANA \_\_\_\_\_

MEDICARE \_\_\_\_\_ No Tengo Seguro: \_\_\_\_\_

**SI EL CLIENTE ES NINO**

Nombre del Padre / Apuntado: \_\_\_\_\_ Favor de Marcar: Madre Padre Guardian

Firma de Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**TO BE REVIEWED BY NURSE**

		Si	No	No Se
1	Tiene alergias a huevos o a algun componente de huevos?			
2	Ha tenido una reaccion grave a la vacuna de gripe en el pasado?			
3	Esta enfermo hoy?			
4	Tiene fiebre hoy?			
5	Alguna vez ha tenido la sindroma Guillain-Barre? (Trastorno de Sistema nervioso)			

Tuve la oportunidad de preguntar preguntas sobre la enfermedad y la vacuna: \_\_\_\_\_

Firma de Padre o guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma de enfermera revisando la forma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Disclosure of Protected Health Information**

Our commitment here at CCNCPHD is to serve our customers with professionalism and care, being sure at all times to protect the privacy and security of all Protected Health Information. During the course of serving your interests it may be necessary to share information with other healthcare providers or business associates. The following are examples of instances where information may be shared:

- During treatment, we may find it necessary to acquire a laboratory analysis.
- For payment purposes, we may use the services of a billing service.
- During healthcare operations, we may need a second opinion for consultation with a sub-contractor / physician, or need to share information between departments within the Health Department for future programs made available for improving patient care / health issues.

We here at CCNCPHD are committed to obeying all Federal, State and Local laws and regulations regarding Privacy Practices. If any other uses or disclosures than the ones listed above are needed, information will only be released with the written authorization of the individual in question. This written authorization may be revoked at any time by the individual, as provided for by law. If you have any questions or comments regarding your Protected Health Information, feel free to contact our Compliance Officer.

I have read and understand the above Notice of Privacy Practices.

Signed \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

