



# Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas

## Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna Desactivada Contra la Gripe 2007-2008

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.

**DECLARACION: 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: \_\_\_\_\_

Vacuna que se va a dar:  la vacuna desactivada contra la gripe

<b>Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)</b>								
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo (marque uno)				
				<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px; width: 20px; text-align: center;"><b>M</b></td> <td style="padding: 5px; width: 20px; text-align: center;"><b>F</b></td> </tr> </table>	<b>M</b>	<b>F</b>		
<b>M</b>	<b>F</b>							
Dirección	Ciudad	Condado	Estado	Código postal				
			<b>TX</b>					
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%; border: none;">X _____</td> <td style="width: 40%; border: none;">Fecha _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">Fecha _____</td> </tr> </table>					X _____	Fecha _____	_____	Fecha _____
X _____	Fecha _____							
_____	Fecha _____							
Testigo								

Para uso de la clínica o de la oficina Clinic/Office Address:
Date Vaccine Administered:
Vaccine Manufacturer:
Vaccine Lot Number:
Site of Injection:
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.**