

INFORMACIÓN SOBRE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN****PARA VACUNARSE LOS ESTUDIANTES SON REQUERIDOS LOS SIGUIENTES:**

1. *Formularios completados (No se requiere que ningún padre esté presente si se completan los formularios).*
 - a. Página 1-2: Datos demográficos, información de seguros y preguntas sobre exámenes de salud. **Se REQUIERE la firma de un padre/tutor legal al final de la página 2.**
 - b. Página 3: Formulario Immtrac, esto nos da consentimiento para subir vacunas entregadas al registro estatal. **Se REQUIERE la firma de un padre/tutor legal al final de la página**
 - c. Si el estudiante tiene 18 años de edad o más, el estudiante debe firmar todos los formularios.

2. Registro de vacunas (solicitud de la enfermera de la escuela si es necesario).

****Cosas que debe saber para el día del evento:**

1. Los padres recibirán una llamada telefónica de confirmación 24 horas antes del evento.
2. Los estudiantes serán sacados de clase (consulte con la enfermera de la escuela para obtener una excusa de clase)

****Se recomiendan las siguientes vacunas. Lea la información a continuación y inicial el cuadro si elige que su estudiante reciba alguna o TODAS las tres vacunas a continuación:****Meningitis B:**

- No es requerida por el estado, sin embargo, ciertas universidades la requieren.
- El 62% de los casos actuales son meningitis B; bastantes estudiantes no reciben esta vacuna.
- Serie de 2 dosis; uno ahora y uno en 1 mes.

VPH:

- Ayuda a prevenir infecciones que pueden causar cáncer tanto en hombres como en mujeres
- Los niños de 11 a 12 años deben recibir dos dosis de la vacuna contra el VPH, con un intervalo de 6 a 12 meses.
- Las vacunas contra el VPH se pueden administrar a partir de los 9 años.
- Los niños que comienzan la serie de vacunas contra el VPH a partir de los 15 años de edad necesitan tres dosis, administradas durante 6 meses.

Influenza (gripe):

- Todas las personas a partir de los 6 meses de edad deben vacunarse contra la influenza cada temporada, especialmente las que padecen enfermedades crónicas como el asma.
- Cada año, la vacunación contra la influenza previene enfermedades, visitas médicas, hospitalizaciones y muertes.

*****Comuníquese con la enfermera de su escuela si tiene alguna pregunta *****

MRN: _____
 CSN: _____
 (Etiqueta del paciente)



Servicios móviles de administración de vacunas
 (Clínicas móviles, en farmacias y escuelas)

Sección A (en letra de imprenta)

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Fecha nac.: _____
 N.º de seguro social: _____ Sexo: Masculino Femenino
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono celular: _____ Teléfono alternativo: _____
 UH enviará la información de vacunación de esta visita a su proveedor de atención primaria (PCP) utilizando la información de contacto que indique a continuación.
 ¿Tiene usted un PCP? No Sí PCP: _____ Teléfono: _____

Vacuna solicitada (solo para uso oficial)

<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Meningocócica tipo B (Trumenba*)
<input type="checkbox"/> COVID (1ª dosis)	<input type="checkbox"/> Sarampión, paperas, rubéola y varicela (MMRV)
<input type="checkbox"/> COVID (2ª dosis)	<input type="checkbox"/> Sarampión, paperas, rubéola (MMR)
<input type="checkbox"/> COVID (3ª dosis)	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP)	<input type="checkbox"/> Pediarix® (DTaP-HepB-IPV)
<input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B conjugada (Hib)	<input type="checkbox"/> Pentacel® (DTaP-Hib-IPV)
<input type="checkbox"/> Hepatitis A (Hep A)	<input type="checkbox"/> Neumocócica conjugada/PCV13/Pneumovax®
<input type="checkbox"/> Hepatitis B (Hep B)	<input type="checkbox"/> Neumocócica polisacárida/PPSV/Pneumovax®
<input type="checkbox"/> Inmunoglobulina antihepatitis B (IG)	<input type="checkbox"/> Polio (IPV)
<input type="checkbox"/> Virus del papiloma humano (HPV9)	<input type="checkbox"/> Rabia
<input type="checkbox"/> Vacuna antigripal (virus inactivado)	<input type="checkbox"/> Rotavirus
<input type="checkbox"/> Kinrix® (DTaP-IPV)	<input type="checkbox"/> Culebrilla/herpes zóster
<input type="checkbox"/> Quadracel® (DTaP-IPV)	<input type="checkbox"/> Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap)
<input type="checkbox"/> Meningocócica (MCV4)	<input type="checkbox"/> Tétanos, difteria (Td)
<input type="checkbox"/> Meningocócica tipo B (Bexsero®)	

Sección B: Información del seguro primario: (en letra de imprenta)

Nombre del seguro primario: _____ Teléfono: _____
 Apellido(s) del suscriptor: _____ Nombre del suscriptor: _____ Inicial segundo nombre: _____
 Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ N.º de seguro social del suscriptor: _____
 Parentesco o relación con el paciente: Padre/madre Tutor legal Otro: _____
 N.º de póliza/socio: _____ Grupo: _____ Copago: _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Sección C (Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad para vacunarse hoy)

Marque una opción:	
1. ¿La persona que va a vacunarse se siente hoy enferma o tiene fiebre de moderada a alta? Iniciales de quien administró las vacunas: _____	SÍ NO
2. ¿La persona que va a vacunarse es alérgica a medicamentos, componentes de alimentos, componentes de vacunas o al látex? P. ej.: <i>huevos, proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol, levadura, timerosal</i>	SÍ NO
3. ¿La persona que va a vacunarse tiene alguna enfermedad crónica o algún problema de salud desde hace tiempo? P. ej.: <i>enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, diabetes, trastornos de la sangre, fuma.</i>	SÍ NO
4. ¿La persona que va a vacunarse ha tenido alguna vez una reacción grave después de recibir una vacuna?	SÍ NO
5. ¿La persona que va a vacunarse ha tenido alguna vez un trastorno convulsivo, trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barre o algún problema del sistema nervioso?	SÍ NO
6. ¿La persona que va a vacunarse es mujer y está embarazada; está considerando quedar embarazada durante el próximo mes o está amamantando?	SÍ NO
7. ¿La persona que va a vacunarse es inmunodeprimida o toma algún medicamento que afecte su sistema inmunitario?	SÍ NO



MRN: _____
 CSN: _____
 (Etiqueta del paciente)



Servicios móviles de administración de vacunas
 (Clínicas móviles, en farmacias y escuelas)

Sección D (PREGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE LA VACUNA CONTRA EL COVID)

8. ¿Tiene actualmente COVID-19 o lo ha tenido en los últimos 90 días?	SÍ NO
9. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos específica para el COVID-19 (anticuerpos monoclonales o plasma de convaleciente)?	SÍ NO
10. ¿Es alérgico al polietilenglicol (PEG) o al polisorbato?	SÍ NO
11. ¿Está enfermo hoy, o tiene alguno de estos síntomas: fiebre, escalofríos, falta de aliento, dolores corporales, pérdida del gusto o del olfato?	SÍ NO
12. ¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos 14 días? <i>Ejemplo: Culebrilla, gripe, neumonía, Tdap, Td, hepatitis A, hepatitis B, VPH</i>	SÍ NO
13. ¿Ha estado en contacto con alguien que haya tenido COVID-19 recientemente?	SÍ NO
14. ¿Ha estado fuera del país en los últimos 90 días?	SÍ NO

Sección E (PREGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE LA VACUNA MMR)

15. ¿Ha recibido recientemente una transfusión de sangre u otros hemoderivados? Se le puede aconsejar que posponga la vacuna MMR durante 3 meses o más.	SÍ NO
16. ¿Ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? Las vacunas atenuadas administradas en un intervalo corto de tiempo podrían no funcionar tan bien.	SÍ NO

Sección F (Lea atentamente esta sección, y luego firme y anote la fecha para indicar que comprende y está de acuerdo con las siguientes declaraciones)

INICIALES: _____ Por medio de la presente doy mi consentimiento a UH para administrar la(s) vacuna(s) indicada(s) anteriormente. Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la administración de estas vacunas y he recibido, leído y/o me han explicado las hojas informativas de las vacunas que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de formular preguntas y que tales preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. Asimismo, reconozco que se me aconseja permanecer cerca del área durante aproximadamente 20 minutos después de la vacunación para estar bajo observación del proveedor de atención médica que administró la(s) vacuna(s). En mi nombre, en el de mis herederos y representantes personales eximo total y completamente a UH, su personal, agentes, centros afiliados, funcionarios, directores y empleados de todas y cada una de las responsabilidades o reclamaciones, ya sean conocidas o desconocidas, que surjan de alguna manera relacionada con la administración de la(s) vacuna(s) indicadas anteriormente.

INICIALES: _____ Entiendo los propósitos y beneficios del registro de vacunaciones de mi estado y reconozco que, de conformidad con lo dispuesto por las leyes de mi estado, puedo evitar la divulgación de mis vacunaciones al registro estatal firmando una opción de exclusión.

INICIALES: _____ Asigno a University Health el pago de los beneficios de seguro autorizados que se me adeuden. Otorgo mi consentimiento para la divulgación de información médica cuando sea necesaria con fines de facturación, reembolso y protocolo médico.

INICIALES: _____ Entiendo que un estudiante de inmunología certificado en vacunaciones podría estar administrando estas vacunas.

Nombre del paciente/padre/madre/tutor en letra de imprenta: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Información del padre/madre/tutor (si corresponde): _____

Parentesco o relación con el paciente: Padre o madre Tutor legal Otro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____ No. de Seguro Social: _____

Sección G (La siguiente sección debe ser completada únicamente por el proveedor de atención médica)

Nombre de quien administró la(s) vacuna(s) (letra de imprenta) _____ Firma de quien administró la(s) vacuna(s) _____

Nombre del internista (letra de imprenta) _____

Dirección: _____ Fecha de administración: _____

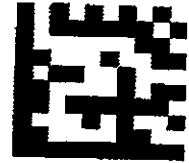
Vacuna	N.º de lote	Fecha de caducidad	Fabricante	NDC	Dosis	Hogar	Vía	Fecha de VIS	Iniciales del RPh.
						LA RA	SQ IM		
						LA RA	SQ IM		
						LA RA	SQ IM		



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

**REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA MENORES**



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Apellido del Niño(a)

Nombre del Niño(a)

Segundo Nombre del Niño(a)

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

*Solamente niños menores de 18 años.

Género: Masculino Femenino

Dirección del Niño(a), Calle

Apartamento # Teléfono

Ciudad

Estado Código Postal Condado

Nombre de la Madre

Apellido de Soltera de la Madre

Nombre de la Madre

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). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac2. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten. 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"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, 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.

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, ImmTrac 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:

Escriba 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. 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.texas.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac 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.