

## FORMA DE REGISTRO

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL

Nombre del padre: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Padre  Guardián legal  otro

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO:

Nombre del seguro primario: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: APELLIDO: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ Seguro Social del suscriptor: \_\_\_\_\_ Parentesco o

relación con el paciente:  Padre o madre  Tutor legal  Otro: \_\_\_\_\_ Identificación de póliza/No. de

miembro: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_ Copago: \_\_\_\_\_

Dirección para reclamaciones: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

---

### POR FAVOR, MARQUE LAS VACUNAS QUE AUTORIZA QUE RECIBA EL ESTUDIANTE

#### SECUNDARIA

Antimenigococia (Necesaria)

Tdap (Necesaria)

Virus del Papilloma (Prevección de cáncer/ Recomendada)

Contra la Influenza (Recomendada)

#### ESTUDIANTES DE ÚLTIMO AÑO EN LA PREPARATORIA

Antimenigococia (MCV) (Necesaria)

Tdap (Necesaria)

Virus del Papilloma (Prevección de cáncer/ Recomendada)

Contra la Influenza (Recomendada)

Antimenigococia B (Recomendada/necesaria para la mayoría de colegios/ universidades.)

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

Nombre de pacient \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
No. de expediente médico \_\_\_\_\_  
VN: \_\_\_\_\_



Formulario de Consentimiento para Vacunación

Sexo:  Femenino  Masculino

Nombre de la vacuna:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Varicela o viruela loca                       | <input type="checkbox"/> Sarampión, paperas, rubéola y varicela (MMRV) |
| <input type="checkbox"/> Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP)          | <input type="checkbox"/> Sarampión, paperas, rubéola (MMR)             |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae tipo B conjugada (Hib) | <input type="checkbox"/> Pediarix® (DTaP-HepB-IPV)                     |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A (Hep A)                           | <input type="checkbox"/> Pentacel® (DTaP-Hib-IPV)                      |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B (Hep B)                           | <input type="checkbox"/> Neumocócica conjugada/PCV13/Prevnar®          |
| <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina de hepatitis B (IG)           | <input type="checkbox"/> Neumocócica polisacárida/PPSV/Pneumovax®      |
| <input type="checkbox"/> Virus del papiloma humano (HPV9)              | <input type="checkbox"/> Polio (IPV)                                   |
| <input type="checkbox"/> Vacuna antigripal (virus inactivado)          | <input type="checkbox"/> Rabia   |
| <input type="checkbox"/> Kinrix® (DTaP-IPV)                            | <input type="checkbox"/> Rotavirus                                     |
| <input type="checkbox"/> Quadracel® (DTaP-IPV)                         | <input type="checkbox"/> Culebrilla/herpes zóster                      |
| <input type="checkbox"/> Meningocócica (MCV4)                          | <input type="checkbox"/> Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap)          |
| <input type="checkbox"/> Bexsero® (meningocócica tipo B)               | <input type="checkbox"/> Tétanos, difteria (Td)                        |
| <input type="checkbox"/> Trumenba® (meningocócica tipo B)              |  |

Se completó el cuestionario de evaluación:  Sí  No

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

1. Doy mi consentimiento para que la persona indicada más arriba reciba las vacunas indicadas y declaro que dicha persona permitirá que le apliquen una vacuna para que su organismo pueda prevenir enfermedades infecciosas.
2. Recibí o me ofrecieron una copia de la Declaración Informativa sobre Vacunas para estas vacunas.
3. Conozco los riesgos de las enfermedades que previene esta vacuna, y los beneficios y riesgos de la vacuna.
4. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, la vacuna y cómo se administran las vacunas.
5. Soy una persona adulta que puede dar su consentimiento legal para que la persona mencionada anteriormente reciba las vacunas. Doy libre y voluntariamente mi permiso firmado para aplicar esta vacuna.
6. Doy mi consentimiento para que esta vacuna se registre en las bases de datos de vacunas en línea de toda la Ciudad y de todo el Estado y que este registro pueda compartirse con otros proveedores de atención médica, escuelas o centros que ofrecen cuidado infantil.

Firma del paciente/padre o madre/tutor legal: \_\_\_\_\_

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

Parentesco o relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma y cargo de quien aplicó las vacunas: \_\_\_\_\_

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

Firma del testigo (opcional): \_\_\_\_\_

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



Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_ VN: \_\_\_\_\_



# University Health System

## Cuestionario de Vacunas para Niños

1. ¿Esta su niño(a) enfermo(a) hoy?  Si  No  
Si es si – explique? \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene su niño(a) alergias a medicinas, comida ó vacunas?  Si  No  
Si es si – explique?: \_\_\_\_\_
3. ¿Antes, su niño(a) a tenido reacción grave a la(s) vacuna(s)?  Si  No  
Si es si –explique?: \_\_\_\_\_
4. ¿Tiene su niño(a) problemas prolongado con su salud (ejemplo: Asma, diabetes, disorden de sangrando, convulsiones ó otros desordenes de la sistema nervioso)?  Si  No  
Si es si – explique: \_\_\_\_\_
5. ¿Si su niño(a) tiene entre 2 y 4 años de edad, le han dicho un proveedor de salud que su niño(a) tenido sibilancias o que tiene Asma?  
 Si  No  
Si es si – explique? \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene su niño(a) cancer, leucemia, SIDA ó otras desordenes autoinmunes ó esta tomando medicina como Cortisone, Prednisone, medicinas Anticancer ó tratamientos de rayos-X?  Si  No  
Si si, explique: \_\_\_\_\_
7. ¿Su niño(a) recibe tranfucion de sangre ó productos de sangre ó de globulina immune en el año pasado?  Si  No  
Si si, explique: \_\_\_\_\_
8. ¿Su niño(a) a recibido vacunas entre 4 semanas?  Si  No  
Si es si – qual vacunas?: \_\_\_\_\_
9. Para Mujeres: ¿ Esta embarazada su hija? Que es el dia de su ultima regla?: Nunca Dia: \_\_\_\_\_
10. ¿Antes su niño a tenido la enfermedad la varicela?  Si  No  
Si es si, que año? \_\_\_\_\_ (si su niño a tenido la varicela no necesita la vacuna varicela.)
11. ¿Que es su farmacia preferida y locacion? \_\_\_\_\_

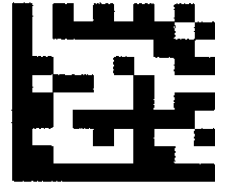




**TEXAS**  
Health and Human  
Services

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)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Solamente niños menores de 18 años.

Género:  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

\_\_\_\_\_

Dirección del Niño(a), Calle

\_\_\_\_\_

Apartamento #

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Teléfono

\_\_\_\_\_

Ciudad

\_\_\_\_

Estado Código Postal Condado

\_\_\_\_\_

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](http://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.**