FECHA: _____

DENTON COUNTY PUBLIC HEALTH
535 S. LOOP 288, SUITE 1003
DENTON, TEXAS 76205
940-349-2900 / FAX 877-865-2587

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

SS#:_____/_____/_____ ESTADO CIVIL: ___SOLTERO/A ___CASADO/A

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

SEXO: ___M ___F FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____ RAZA:_____

ESTATUS LEGAL: ___CIUDADANO/A ___RESIDENTE ___INDOCUMENTADO/A

PAÍS DE NACIMIENTO: _____ IDIOMA PREFERIDO: _____

MEDICAID #:_____ CHIP #:_____

CERTIFACADO/A PARA SERVICOS DESDE: _____/_____/_____

DOMICILO: _____ APT/LOTE/TRLR#:_____

CIUDAD: _____ ESTADO:_____ CÓDIGO POSTAL: _____

DE CASA: (_____)_____ # DE CELLULAR: (_____)_____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO: __#DE CASA __#DE CELLULAR __CORREO ELECTRÓNICO

FARMACIA PREFERIDA: _____

MENORES DE 18 AÑOS:

ADULTO RESPONSABLE: _____ RELACIÓN: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

NOMBRE DEL PADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

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: Denton County Public Health
(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 familial.

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 _____

Teléfono__N/A _____Fecha_____N/A _____

Dirección _____N/A _____

FIRMAS SECCION III:

Firma del Consejero_____Fecha_____

Inmunización Elegibilidad del Paciente Screening Registro: Adultos

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.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apellido Primer nombre mes dia año

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

Tiene Medicaid	Tengo seguro privado	NO TIENE seguro médico	Tengo Medicare	Firma	Fecha	Verified by: (staff initials)	Clerical Staff Use Only: Program Eligibility		
							AIP	ASN	Private

¿Cuántas personas hay en tu familia ?

1	2	3	4	5	6	7+

Por favor circule su ingreso mensual:

$0-1,772	$1,772.01-1,915.00	$2,392.01-2,585.00	$3,011.01-3,255.00	$3,631.01-3,925.00	$4,251.01-4,595.00	$4,871.01+

MEDICAID:

Número del Medicaid:

Fecha en que adquirió el derecho a la participación:

☐ *Tengo 19 años de edad y me han referido a la clínica del departamento de salud pública 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: _____

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS
REGISTRO DE VACUNAS (ImmTrac)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS

ImmTrac Texas Immunization Registry

(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Apellido

For Clinic/Office Use / Sólo para uso de la clínica/oficina

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: ☐ **Hombre** ☐ **Mujer**

Fecha de Nacimiento

Dirección

Apartamento #

Teléfono

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

ImmTrac, 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 (ej. darles a todos los médicos que tratan a un paciente un lugar central para ver el récord de las vacunas de dicho paciente). Con su consentimiento, su información de las vacunas se incluirá en ImmTrac. *Para un familiar menor de 18 años de edad, uno de los padres, el tutor legal o el custodio administrador puede dar el consentimiento de participación con llenar el Formulario de Consentimiento de ImmTrac para menores de edad (# C-7). El Formulario de Consentimiento de ImmTrac (# C-7) se puede bajar del sito www.ImmTrac.com.*

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 recórd 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, ImmTrac. Una vez que mi información de las vacunas esté en ImmTrac, pueden por ley accederla:

- 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, ImmTrac.

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. Consulte http://www.dshs.state.tx.us para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: 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

Stock No. EF11-13366
Revised 05/18/2012

TEXAS Department of State Health Services

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac *– Please enter client information in ImmTrac and* ***affirm*** *that consent has been granted.* ***DO NOT fax to ImmTrac. Retain this form in your client's record.***

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(mes) (día) (año)

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de adultos

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?	☐	☐	☐
2.	¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	☐	☐	☐
3.	¿Tuvo alguna vez una reacción seria después de vacunarse?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
5.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	☐	☐	☐
6.	En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
7.	¿Tuvo alguna vez convulsiones o problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
9.	Para las mujeres: ¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada en el próximo mes?	☐	☐	☐
10.	¿Le aplicaron alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐

Formulario llenado por: _____ Fecha: _____

Formulario revisado por: _____ Fecha: _____

¿Trajo su comprobante de vacunación? **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 llévelo todas las veces que reciba atención médica. Asegúrese de que su profesional de la salud escriba allí todas las vacunas que reciba.

Translation by Transcend, Davis, CA

www.immunize.org/catg.d/p4065-01.pdf • Item#P4065-01 Spanish (5/14)