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_____

Denton County PUBLIC HEALTH

Inmunización Elegibilidad del Paciente
Screening Registro: Niño

La Fecha de Hoy: ____ / ____ / ____
mes dia año

Nombre del niño o niña: _____
Apellido Primer Nombre

Padre/madre: _____
Apellido Primer Nombre

Fecha de nacimiento del niño o niña: ____ / ____ / ____
mes dia año

Marque la categoría que corresponda. Completa el información de Medicaid, CHIP, o seguro privado, si se aplica. Firme y la fecha a la derecha.

Mi hijo...	
Está inscrito en MEDICAID	
Está inscrito en CHIP	
NO TIENE seguro médico	
Es Indio Americano o Nativo de Alaska	
Tiene seguro médico privado, pero el seguro sólo cubre ciertas vacunas, o la cobertura no incluye las vacunas	
Tiene seguro privado, pero el seguro limita la cobertura de vacunas a cierta cantidad, y alcansada dicha cantidad cubierta	
Tiene seguro privado que cubre las vacunas	

Clerical Staff Use Only: Program Eligibility	
TVFC	Private Flu/Travel
Verified By (staff initials): _____	

MEDICAID:
Número del Medicaid: _____
Fecha en que adquirió el derecho a la participación: _____

CHIP:
Número del CHIP: _____
Fecha en que adquirió el derecho a la participación: _____

SEGURA PRIVADO:
Nombre de la aseguradora: _____
Nombre del seguro: _____
Número de contacto de la aseguradora: _____
Número de póliza o del asegurado: _____

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.

SU FIRMA	
FECHA	

DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS
REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES

ImmTrac
Texas Immunization Registry

(Favor de escribir claramente con letra de molde)

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

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

Municipio

Nombre de la Madre

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac, 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 ImmTrac. 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 ("ImmTrac"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac, 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 ImmTrac 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.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: *Government Code,* 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: (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. C-7
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 niños y adolescentes

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos dar hoy a su hijo. Si contesta "sí" a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no deben vacunar a su hijo. 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 el niño?	☐	☐	☐
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex? Sí contesta "si," explique:	☐	☐	☐
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	☐	☐	☐
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y18años de edad, ¿le dijo algún profesional de la salud en los últimos 12 meses que el niño tuvo sibilancias o asma?	☐	☐	☐
6. Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?	☐	☐	☐
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido el niño problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	☐	☐	☐
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamento que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
10. Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algún medicamento antiviral?	☐	☐	☐
11. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐
12. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐
13. La persona que se va a vacuna, ¿vive, o espera tener contacto cercano, con una persona con el sistema immunologico gravemente afectado y que tiene que estar en un ambiente protegido y aislado?	☐	☐	☐

Formulario llenado por: _____ Fecha: _____

Formulario revisado por: _____ Fecha: _____

¿Trajo el comprobante de vacunación de su hijo? **sí** ☐ **no** ☐

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al profesional de la salud de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de a su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo todas las veces que su hijo reciba atención médica. Su hijo necesitará este documento importante por el resto de su vida para ingresar a la guardería o a la escuela, para empleos o para viajar al extranjero.

Translation by Transcend, Davis, CA

www.immunize.org/catg.d/p4060-01.pdf • Item #P4060-01 Spanish (5/14)