

ENCOUNTER DATE	
MRN NUMBER	
IMMTRAC ID	

ADULTO: 19 AÑOS Y MAS
FORMULARIO DE ADMISIÓN DE VACUNAS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:	
FECHA DE NACIMIENTO: MM / DD / AAAA		EDAD:	IDIOMA: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	ESTADO:		CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA:		NÚMERO DE CELULAR:		CORREO ELECTRÓNICO:	
SEXO AL NACER: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		GRUPO ÉTNICO: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano			
GÉNERO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Interrogatorio <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige No Revelar					
RAZA: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro					
NACIONALIDAD (PAÍS DE ORIGEN):			ESTADO CIVIL:		
APELLIDO DE MADRE:			PRIMER NOMBRE DE LA MADRE:		
¿TIENE EL PACIENTE SEGURO DE SALUD? (SEGURO PRIVADO, MEDICAID, CHIP O MEDICARE) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					

INFORMACIÓN DEL PADRE O GUARDIÁN PARA MENORES DE 0-17 AÑOS:

APELLIDO:		NOMBRE:			
FECHA DE NACIMIENTO: MM / DD / AAAA		RELACIÓN:		NÚMERO DE TELÉFONO:	

CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN

POR FAVOR LEER, FIRMAR Y FECHA:

Recibí una copia y leí, o me explicaron, la información contenida en la "Hoja informativa sobre la vacuna COVID-19"/ "Declaración de información sobre la vacuna (VIS)" correspondiente sobre la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) indicadas para cada vacuna que se aplicará hoy. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de que las vacunas me sean administradas a mí o a la persona nombrada anteriormente para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. El médico o la clínica pueden conservar este registro en su expediente médico o en el expediente médico de su hijo. Recibí una copia del Aviso de Salud Pública del Condado de Harris sobre las Prácticas de Privacidad de HIPAA. Doy libre y voluntariamente mi permiso firmado para que se administren las vacunas a la persona mencionada anteriormente.

Firma del paciente, padre o guardián: _____ Fecha: _____

Nota: Se requiere la firma de los padres o tutores si el receptor/paciente de la vacuna es menor de edad.

SOLO PARA USO INTERNO

ELIGIBILITY STATUS: <input type="checkbox"/> TVFC ELIGIBLE <input type="checkbox"/> ASN ELIGIBLE <input type="checkbox"/> NOT ELIGIBLE- PRIVATE STOCK ONLY					_____ SCREENER'S INITIALS
VITALS					
WEIGHT (LBS):	HEIGHT (FT, IN):	TEMPERATURE (F°):	BLOOD PRESSURE (18 years of age and older):	HEART RATE (18 years of age and older):	
MEDICATIONS: list below		<input type="checkbox"/> NO ALLERGIES <input type="checkbox"/> HAS ALLERGIES: list allergy/reaction below:			

NURSE'S NOTE

NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

CLINIC USE ONLY / SOLO PARA USO INTERNO

VACCINES GIVEN

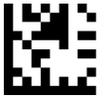
VACCINE	TRADENAME	MFR	NDC #	LOT #	EXP DATE	SITE	VIS DATE	STOCK SOURCE
COVID-19	<input type="checkbox"/> PFIZER	PFIZER						SF- PS
	<input type="checkbox"/> MODERNA	MODERNA						SF- PS
	<input type="checkbox"/> NOVAVAX (12Y+)	NOVAVAX						SF- PS
DTAP	<input type="checkbox"/> DAPTACEL	SANOFI						SF- PS
	<input type="checkbox"/> INFANRIX	GSK						SF- PS
DTAP/IPV/HEP B	<input type="checkbox"/> PEDIARIX	GSK						SF- PS
DTAP/IPV	<input type="checkbox"/> KINRIX	GSK						SF- PS
DTAP/HIB/IPV	<input type="checkbox"/> PENTACEL	SANOFI						SF- PS
DTAP/IPV/HIB/HEP B	<input type="checkbox"/> VAXELIS	MERCK						SF- PS
HIB	<input type="checkbox"/> ACTHIB	SANOFI						SF- PS
HPV	<input type="checkbox"/> GARDASIL	MERCK						SF- PS
HEP A	<input type="checkbox"/> HAVRIX	GSK						SF- PS
HEP A/B	<input type="checkbox"/> TWINRIX	GSK						SF- PS
HEP B	<input type="checkbox"/> RECOMBIVAX HB	MERCK						SF- PS
	<input type="checkbox"/> ENGERIX-B	GSK						SF- PS
IPV	<input type="checkbox"/> IPOL	SANOFI						SF- PS
MCV4	<input type="checkbox"/> MENQUADFI	SANOFI						SF- PS
MMR	<input type="checkbox"/> MMR II	MERCK						SF- PS
MMRV	<input type="checkbox"/> PROQUAD	MERCK						SF- PS
MEN B	<input type="checkbox"/> TRUMENBA	PFIZER						SF- PS
	<input type="checkbox"/> BEXSERO	GSK						SF- PS
PCV	<input type="checkbox"/> PREVNAV 20	PFIZER						SF- PS
ROTAVIRUS	<input type="checkbox"/> ROTARIX	GSK						SF- PS
RSV	<input type="checkbox"/> BEYFORTUS	SANOFI						SF- PS
SMALLPOX/MPX	<input type="checkbox"/> JYNNEOS	BARVARIAN						SF- PS
TD	<input type="checkbox"/> TD VAX	GRIFOLS						SF- PS
	<input type="checkbox"/> TENIVAC	SANOFI						SF- PS
TDAP	<input type="checkbox"/> ADACEL	SANOFI						SF- PS
	<input type="checkbox"/> BOOSTRIX	GSK						SF- PS
VARICELLA	<input type="checkbox"/> VARIVAX	MERCK						SF- PS
FLU	<input type="checkbox"/> FLUARIX	GSK						SF- PS
	<input type="checkbox"/> FLUCELVAX	SEQIRUS						SF- PS
	<input type="checkbox"/> FLUAD	SEQIRUS						SF- PS

NURSE NAME AND TITLE _____

DATE _____



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)
Consentimiento para Adultos



Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, Fecha de nacimiento, Sexo, Teléfono, Correo electrónico

Dirección, Núm. de apartamento o edificio, Ciudad, Estado, Código postal, Condado

Nombre de la madre, Apellido de soltera

Raza (seleccione todos los que correspondan), Grupo étnico (seleccione solo una)

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2) es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación.

Consentimiento para el registro y para divulgar los registros de inmunización a las personas o entidades autorizadas. Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS...

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia.

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted es un socorrista o un familiar directo de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mis datos en el Registro de Inmunización de Texas. La persona (o su representante legalmente autorizado):

Aviso de confidencialidad. Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo pide.

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to the Texas Immunization Registry. Retain this form in your client's record.

Questions? Tel: (800) 252-9152 • Fax: (512) 776-7790 • https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/ Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347



Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2)
Consentimiento para la retención de información relacionada con un desastre



Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

Form fields: Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, Fecha de nacimiento, Sexo, Teléfono, Correo electrónico

Form fields: Dirección del cliente, Núm. de apartamento o edificio, Ciudad, Estado, Código postal, Condado

Form fields: Nombre de la madre, Apellido de soltera

Raza (seleccione todos los que correspondan): Indio americano o nativo de Alaska, Asiático, Negro o afroamericano, Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico, Blanco, Otro. Grupo étnico (seleccione solo una): Hispanico o latino, No hispano o latino, Otro.

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2) ha sido designado como el sistema de notificación y seguimiento para las vacunas, los antivirales y otros medicamentos administrados a las personas en preparación o en respuesta a una catástrofe o emergencia de salud pública.

Consentimiento para la retención de información relacionada con un desastre y su divulgación a entidades autorizadas

Entiendo que, al otorgar el presente consentimiento, estoy autorizando la retención de mi información (o la de mi hijo) relacionada con un desastre por parte del DSHS más allá del período de retención de cinco años.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en el Registro de Inmunización de Texas.

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted un socorrista o un familiar directo de un socorrista. [] Soy un SOCORRISTA. [] Soy un FAMILIAR DIRECTO de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para que se conserve mi información relacionada con un desastre (o la de mi hijo menor de 18 años) en el Registro de Inmunización de Texas más allá del periodo de cinco años.

Form fields: Cliente (o padre, tutor legal o titular de la custodia del cliente): Nombre escrito a mano, Fecha, Firma

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted.

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to the Texas Immunization Registry. Retain this form in your client's record.

Questions? Tel: 800-252-9152 • Fax: 512-776-7790 • https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/ Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347



Programa de la Red de Protección de la Salud en Adultos (ASN)

REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN PARA ADULTOS

PROPÓSITO: Determinar y registrar el derecho a la participación en el Programa de la Red de Protección de la Salud en Adultos (ASN) del DSHS. El registro sobre el derecho a participar en el programa de los adultos que reciben vacunas suministradas por el DSHS se debe conservar en papel en la clínica que presta el servicio o en un sistema electrónico como TWICES. Las copias en papel deben conservarse durante cinco años. Cada vez que un adulto vaya a vacunarse, será necesario determinar y documentar si reúne los requisitos para participar en el programa de ASN.

Fecha de la determinación: _____
(mm/dd/aaaa)

Nombre: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial segundo nombre)

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo:** Hombre Mujer **Veterano:** Sí No
(mm/dd/aaaa)

Información importante para antiguos miembros de las Fuerzas Armadas: Los hombres y las mujeres que hayan servido en algún cuerpo de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, incluidos el Ejército, la Fuerza Naval, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el Cuerpo de Reservistas o la Guardia Nacional, podrían tener derecho a otros servicios y beneficios. Para obtener más información, visite el sitio web de los veteranos de Texas en <https://texvet.org/partners/texasgov>.

Requisitos para participar en el programa ASN (marque solo una de las siguientes casillas):

- Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas a través del programa de ASN porque no tengo seguro médico.
- Tengo 19 años y he sido remitido al programa para terminar de recibir la serie completa de vacunas que empecé a recibir cuando tenía 18 años o menos y cumpla los requisitos para participar en el programa de Vacunas para Niños de Texas (TVFC). Esta opción solo está disponible hasta que cumpla 20 años. La "serie de vacunas" incluye las vacunas contra la hepatitis A, la hepatitis B, las paperas, el sarampión y la rubéola (MMR), y la vacuna antimeningocócica.
- Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas a través de los servicios de ayuda en caso de desastre/pandemia. Los CDC eximen del requisito de seguro médico (la persona puede tener seguro o no tenerlo) para todos los servicios de ayuda en caso de desastre.
- Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas de la ASN bajo el Programa de Iniciativa Especial. Los CDC eximen del requisito de seguro médico (la persona puede tener seguro o no tenerlo) a fin de permitir la administración en conjunto con la ASN de vacunas para una población específica.

Criterios que deben cumplirse para poder recibir la vacuna contra el COVID-19 (marque solo una de las siguientes casillas):

- Declaro que reúno los requisitos para recibir las vacunas contra el COVID-19 a través del programa de ASN porque no tengo seguro médico.
- Declaro que reúno los requisitos para recibir la vacuna contra el COVID-19 a través del programa de ASN porque mi seguro no cubre las vacunas contra el COVID-19.
- Declaro que reúno los requisitos para recibir la vacuna contra el COVID-19 a través del programa de ASN porque mi seguro no proporciona la cobertura first-dollar para las vacunas contra el COVID-19. (La cobertura first-dollar hace referencia al pago total por adelantado de los servicios de atención médica antes del deducible y sin ningún costo compartido).

Proveedor de referencia: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____
(mm/dd/aaaa)

NOTA: La falsificación intencionada de los datos contenidos en este documento constituye un fraude. Al firmar este formulario, doy fe de que la información proporcionada más arriba es verídica y correcta. Declaro que la persona arriba mencionada reúne los requisitos para recibir vacunas a través del programa de la ASN.

Con pocas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y ser informado sobre los datos que el Estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar los datos si lo solicita. También tiene derecho a pedir a la entidad estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Para más información sobre la notificación de privacidad, visite <http://www.dshs.texas.gov> (Fuente: Código Gubernamental, secciones 552.021, 552.023 y 559.004.)

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

Consentimiento general

Doy mi consentimiento y acepto recibir servicios médicos/de salud del Departamento de Salud Pública del Condado de Harris (HCPH).

Entiendo que este servicio médico/de salud puede incluir:

Evaluación física	WIC/Nutricional	Pruebas diagnósticas de trastornos genéticos
Evaluación de salud mental	Hemoglobinopatías	Anemia
Evaluación del desarrollo	Envenenamiento por plomo	Trastornos de la sangre
Planificación familiar	Papanicolaou	Métodos anticonceptivos
Detección de infecciones de transmisión sexual	Pruebas de detección del VIH	Trastornos urinarios
Vacunas	Pruebas cutáneas de tuberculina	Radiografías de tórax
Gestión de casos	Recetas médicas	Muestras de esputo y

Otras pruebas de diagnóstico específicas del programa y/o servicios médicos/de salud, incluyendo servicios de interpretación y que puedan facturarse a mi seguro por los servicios prestados. *Servicios prestados a criterio de la organización.

Iniciales del/de la paciente o su tutor/a

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

Iniciales del/de la paciente o su tutor/a

Me entregaron una copia de la Notificación de privacidad del HCPH, que incluye la Regla de privacidad de la Ley HIPAA. Me explicaron la Notificación de privacidad.

Entiendo que el HCPH usará y divulgará mi información de salud protegida para procedimientos de tratamiento, facturación y atención médica sin mi autorización escrita. Entiendo mis derechos descritos en la Notificación de privacidad. Entiendo cómo presentar una queja, si siento que se han violado mis derechos.

CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE FOTOGRAFÍA/VÍDEO

Iniciales del/de la paciente o su tutor/a

Doy mi consentimiento y estoy de acuerdo con la toma de imágenes fotográficas o grabadas en video del/de la paciente antes mencionado/a o de mí.

Entiendo y acepto que esas imágenes pueden usarse para identificación, tratamiento y/o con fines educativos.

OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PACIENTES

Declaro que la información que he presentado en este formulario es precisa y correcta a mi leal saber y entender. Por la presente doy mi consentimiento informado a las áreas marcadas con mis iniciales. El personal o los contratistas del HCPH no me han otorgado ninguna garantía con respecto a la atención o los servicios que proveerá el HCPH. Certifico que me explicaron la totalidad de los servicios y la atención que se me proveerá y que respondieron mis preguntas a mi satisfacción.

Le hice una traducción precisa de esta información al/la paciente que se presentó para recibir servicios médicos. El/la paciente declara que entiende la información, que tuvo la oportunidad de que respondieran sus preguntas y que otorga su consentimiento de forma voluntaria.

Firma completa de la paciente/padre/madre o tutor/a legal

Fecha

Firma del/de la traductor/a

Fecha

Parentesco con la paciente

Nombre del/de la traductor/a

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DEL HCPH

Fui testigo del hecho de que el/la paciente mencionado/a anteriormente (su padre o representante) recibió y leyó la información contenida en este formulario de consentimiento y se le dio la oportunidad de hacer preguntas y lo firmó.

Nombre del proveedor de atención médica

Firma del proveedor de atención médica (firma electrónica cuando corresponda)

Fecha

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD: Salvo pocas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y ser notificado sobre la información que el HCPH recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar la información cuando lo solicite. También tiene derecho a pedirle a la agencia que corrija la información que se determine incorrecta. Para obtener más información, llame al Departamento de Salud Pública del Condado de Harris, Servicios de Información de Salud, al 832-927-7647 o al 832-927-7646.



Lista de verificación de contraindicaciones de las vacunas para adultos

SU NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
mes día año

Para pacientes: las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no significa necesariamente que usted no deba vacunarse. Solo significa que necesitamos hacerle más preguntas. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿Está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción grave después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares, renales o metabólicas (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, falta del bazo, implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está recibiendo tratamiento con aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene un padre/una madre, hermano o hermana con un problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o fármacos contra el cáncer; fármacos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido una convulsión o un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Le han diagnosticado alguna vez una cardiopatía (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-A o SIM-C) después de una infección por el virus del COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durante el año pasado, ¿ha recibido globulina inmunitaria (gamma), sangre/hemoderivados o un fármaco antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Está ansioso por ponerse una inyección hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO COMPLETADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____

¿Trajo la tarjeta de registro de inmunización? sí no

Es importante tener un registro personal de sus vacunas. Si no tiene un registro personal, pídale a su proveedor de atención médica que le dé uno. Conserve este registro en un lugar seguro y llévalo consigo cada vez que busque atención médica. Asegúrese de que su proveedor de atención médica registre todas sus vacunas.



Cuestionario para detectar contraindicaciones a la vacuna inyectable contra la gripe

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
mes día año

Para pacientes (tanto niños como adultos) que se van a vacunar: las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si existe algún motivo por el cual no deberíamos administrarle hoy a usted o a su hijo la vacuna inyectable inactivada contra la gripe (influenza). Si responde “sí” a alguna pregunta, no significa necesariamente que usted (o su hijo) no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer otras preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿La persona que se va a vacunar hoy está enferma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿La persona que se va a vacunar es alérgica a un ingrediente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la gripe en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿La persona que se va a vacunar se ha sentido alguna vez mareada o se desmayó antes, durante o después de una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿La persona que se va a vacunar está ansiosa por recibir la vacuna hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO COMPLETADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____



Place Patient Label Here



Harris County
Public Health
Building a Healthy Community

AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CON CUIDADO.

Acerca de este Aviso

Este aviso le informa sobre sus derechos de privacidad, la obligación del Departamento de Salud Pública del Condado de Harris (HCPH por sus siglas en inglés) de proteger la información médica que lo identifique a usted, y de qué manera HCPH puede utilizar o divulgar información médica que lo identifique a usted sin su permiso por escrito. Este aviso no aplica a información médica que no lo identifique a usted o a nadie más.

Sus derechos

Usted tiene el derecho a:

- Solicitar una restricción para ciertos usos y divulgaciones de su información. Sin embargo, no se requiere que HCPH acepte la solicitud de restricción.
- Recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida.
- Inspeccionar y obtener una copia de su expediente clínico. HCPH puede hacer un cobro razonable para cubrir costos.
- Solicitar cambios a su expediente clínico. Las solicitudes de cambios deberán ser por escrito.
- Obtener un rendimiento de cuentas sobre la divulgación de su información médica.
- Solicitar comunicaciones sobre su información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, enviar los mensajes de citas por correo, ninguno por teléfono.
- Revocar su autorización para usar o divulgar información médica excepto al grado en que esa acción ya se haya llevado a cabo. Las revocaciones deberán hacerse por escrito.

Obligación de HCPH de proteger su información médica

- * La ley requiere que HCPH proteja la privacidad de su información médica. Esto quiere decir que HCPH no usará o divulgará información médica sin su autorización por escrito a excepción de lo que le expliquemos en este aviso. Debemos sujetarnos a este aviso.
- * HCPH le pedirá a usted una autorización por escrito para usar o divulgar información médica en formas diferentes a las que se establecen en este aviso. Si usted otorga dicha autorización, usted puede revocarla en cualquier momento, pero HCPH no será responsable de los usos o divulgaciones efectuadas antes de que usted revoque su autorización.
- * En caso de que HCPH cambie el contenido de este aviso, el aviso Nuevo estará disponible en nuestras instalaciones y en nuestro sitio en internet www.hcphtx.org dentro de los 30 días a partir de la fecha efectiva del cambio de aviso. El Nuevo aviso será aplicable a toda la información médica que obra en los archivos de HCPH sin importar cuando fue recibida esa información o creada por nosotros.

Como usa y divulga HCPH su información

1. Manejo

HCPH puede usar o divulgar información médica para proporcionar, coordinar o manejar atención médica o servicios relacionados. Esto incluye proporcionar cuidados para usted, el consultar con otro proveedor de servicios médicos acerca de usted, y referir su caso a otros proveedores de servicios médicos. Por ejemplo, HCPH puede divulgar su información médica y referir su caso a una clínica de alto riesgo o a un hospital para brindarle servicio. HCPH también puede ponerse en contacto con usted para recordarle de alguna cita o proporcionarle alguna otra información médica que pudiera ser de interés para usted.

2. Regla de privacidad - Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro médico (HIPAA por sus siglas en inglés).

La Ley de la Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés) establece estándares nacionales para proteger los archivos médicos de las personas y otra información de salud personal y aplica a los planes de salud, proveedores de información de salud, y aquellos proveedores de cuidados de la salud que conducen ciertas transacciones electrónicamente de cuidados de la salud. La ley requiere medidas de seguridad apropiadas para proteger la privacidad de la información de salud personal. La ley también les da a los pacientes el derecho sobre su información de salud, incluyendo el derecho de examinar y obtener una copia de sus archivos de salud, y solicitar correcciones.

3. Forma de pago

HCPH puede usar o divulgar su información médica para pagar o efectuar el cobro del costo de su atención médica. HCPH puede usar o divulgar su información médica para cobrarle a su compañía de seguros, Medicaid o cualquier otra fuente de recursos como el Texas Department of Health, por la atención médica que se le proporcionó.

Favor de leer el reverso de este aviso



009- 095

Place Patient Label Here



Harris County
Public Health
Building a Healthy Community

4. Operaciones de cuidado de salud

HCPH puede usar o divulgar su información médica para operaciones de salud. Las operaciones de salud incluyen:

- Conducir una valoración de calidad, actividades de mejora, entrenamiento de profesionales de la salud; y
- Las actividades administrativas generales de HCPH.

5. Familia inmediata, pariente o amigo cercano a la familia

HCPH puede divulgar su información médica a un miembro de su familia, pariente o amigo cercano a la familia cuando la información médica sea pertinente a esa persona relacionada con su atención o pago de su atención y usted haya tenido la oportunidad de detener o limitar la divulgación de dicha información antes que esto suceda.

6. Actividades de supervisión médica

HCPH podrá ocasionalmente usar o divulgar su información médica para actividades de supervisión de salud. Actividades de supervisión de salud incluyen auditorías, inspecciones e investigaciones de posibilidad de fraude.

7. Salud pública

HCPH podrá divulgar su información médica a alguna autoridad pública de salud con propósitos de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades o para reportar estadísticas vitales y problemas con productos o actividades regulados por la FDA.

8. Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica

En caso que HCPH sospeche que usted sea una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podremos divulgar su información médica a alguna agencia gubernamental que requiera los reportes de abuso, negligencia o violencia doméstica tal como lo estipulan las leyes de Texas.

9. Amenaza seria a la salud o seguridad

HCPH podrá usar o divulgar su información médica si creemos que el usar o divulgar dicha información sea necesario para prevenir o aminorar una amenaza seria e inmediata a la salud o seguridad de alguna persona o el público en general.

10. Como es requerido por las leyes de Texas

HCPH puede usar o divulgar su información cuando alguna ley requiera su uso o divulgación.

11. Contratistas

HCPH puede divulgar su información médica a algún contratista en caso de que el contratista necesite la información para llevar a cabo servicios para nosotros y accede a proteger la privacidad de su información.

12. Propósitos relacionados a muerte

HCPH puede divulgar su información médica a hospitales con el propósito de trasplantes de órganos, médicos legistas, examinadores médicos y directores de funerarias.

13. Investigación

HCPH puede usar o divulgar su información médica para fines de investigación en caso que el Comité de Revisión sobre Investigación del HCPH autorice el uso. El Comité asegurará que su privacidad será protegida cuando su información médica sea utilizada en alguna investigación.

14. HCPH no usa su información para fines de mercadotecnia.

Proceso para presentar quejas

Si usted cree que HCPH ha violado sus derechos de privacidad, usted tiene el derecho de presentar una queja dentro de los 180 días de cuando usted tuvo conocimiento de dicha violación. Las quejas podrán ser presentadas en cualquiera de las agencias que se enlistan a continuación:

- HCPH Privacy Officer en el 2223 West Loop South, Room 643, Houston, Texas 77027; Teléfono: 713-439-6168;
- Harris County Privacy Officer en el 1310 Prairie, Suite 200, Houston, Texas 77002; Teléfono: 713-755-5349;
- U.S. Department of Health & Human Services en el 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, Texas 75202; Teléfono: 214-767-4056

También puede usted presentar su queja conectándose a OCRCComplaint@hhs.gov.

No habrá ninguna represalia por presentar quejas.

Fecha efectiva 14 de abril del 2003



009- 095