

ENCOUNTER DATE	
MRN NUMBER	
IMMTRAC ID	

MENORES: 0-17 AÑOS

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 Pacífico <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				
<p>POR FAVOR LEER, FIRMAR Y FECHA:</p> <p>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.</p> <p>Firma del paciente, padre o guardián: _____ Fecha: _____</p> <p><i>Nota: Se requiere la firma de los padres o tutores si el receptor/paciente de la vacuna es menor de edad.</i></p>				
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

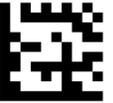
VACCINE	TRADENAME	MFR	NDC #	LOT #	EXP DATE	SITE	VIS DATE	STOCK SOURCE
COVID-19	<input type="checkbox"/> PFIZER	PFIZER						SF- PS
	<input type="checkbox"/> MODERNA	MODERNA						SF- PS
	<input type="checkbox"/> NOVAVAX (12Y+)	NOVAVAX						SF- PS
DTAP	<input type="checkbox"/> DAPTACEL	SANOFI						SF- PS
	<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 menores de edad



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.

Primer nombre del menor Segundo nombre del menor Apellido del menor

Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) Sexo del menor: [] Femenino [] Masculino Teléfono Correo electrónico

Dirección del menor Núm. de apartamento o edificio

Ciudad Estado Código postal Condado

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 [] Se negó a contestar
Grupo étnico (seleccione solo una): [] Hispanico o latino [] No hispano o latino [] Otro

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 y guarda los registros de vacunación de su hijo/a (hasta los 18 años de edad). Con su autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo/a se incluirá en el ImmTrac2. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes. Para más información consulte la § 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007.

Consentimiento para incluir en el registro a un menor y para divulgar sus datos a las entidades autorizadas
Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en ImmTrac2. Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un distrito de salud pública o departamento de salud local, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; un médico u otro proveedor de salud legalmente autorizado para aplicar vacunas, como parte del tratamiento al menor como su paciente; una dependencia estatal que tenga la custodia legal del niño; una escuela o guardería en la que el niño esté inscrito; un pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con la cobertura del menor. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al ImmTrac2 del Texas DSHS.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en ImmTrac2. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia médica. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Para más información, consulte la § 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas. https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705.

Marque la casilla de abajo para indicar si su hijo/a es familiar directo de un socorrista.
[] Soy FAMILIAR DIRECTO de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR los datos de mi hijo en ImmTrac2.
El padre o madre, tutor legal o titular de la custodia:
Nombre escrito a mano Firma Fecha

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y recibir información sobre los datos que el estado de Texas recabe sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo solicita. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio http://www.dshs.texas.gov para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, § 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

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.

Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Sexo: Masculino Femenino Teléfono Correo electrónico

Dirección del cliente Núm. de apartamento o edificio

Ciudad Estado Código postal Condado

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, Se negó a contestar. 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. Desde el momento en que se declara el fin del evento, el Registro de Inmunización de Texas conservará la información relacionada con un desastre enviada por proveedores de atención médica por un periodo de cinco años.

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 periodo de retención de cinco años. También entiendo que el DSHS incluirá la información en el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que esté en el Registro de Inmunización de Texas, y de acuerdo a la ley, mi información (o la de mi hijo) relacionada con un desastre podrá ser vista por una dependencia estatal, con el fin de ayudar y coordinar los trabajos de prevención y control de enfermedades contagiosas, o un médico u otro proveedor de atención médica legalmente autorizado para administrar vacunas, antivirales y otros medicamentos a un paciente.

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. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista.

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.

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

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. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio http://www.dshs.texas.gov para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

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



En el consultorio del proveedor de servicios de salud debe mantenerse, durante un mínimo de cinco (5) años, un registro de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre aparece en el registro, o el proveedor de servicios de salud. En cada visita para inmunización debe determinarse y documentarse el estado de elegibilidad para el TVFC a fin de asegurar que el menor es elegible para el programa. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

- Nombre del menor: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
- Fecha de nacimiento del menor: ____ / ____ / ____
mm dd aaaa
- Padre, tutor o individuo del registro: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
- Nombre del proveedor primario: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
- Para determinar si un menor (de 0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales por medio del Programa TVFC, en cada cita o visita para inmunización anote la fecha y marque la categoría de elegibilidad apropiada. Si marca una columna de la A a la F, el menor es elegible para el Programa TVFC. Si marca la columna G, el menor no es elegible para las vacunas federales VFC.

Fecha	Elegible para las vacunas VFC				Elegible con programa estatal		No elegible
	A	B	C	D	E	F	G
	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indoamericano o nativo de Alaska	* Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado	** Otras situaciones de seguro insuficiente	*** Inscrito en el CHIP	Tiene seguro médico que cubre vacunas

* El seguro insuficiente incluye a los niños cuyo seguro médico no incluye vacunas o solo cubre ciertos tipos específicos de vacunas. Los niños solo son elegibles para recibir vacunas que no están cubiertas por el seguro. Además, para recibir las vacunas de VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados en un Centro de Salud Federalmente Acreditado (FQHC), en una Clínica de Salud Rural (RHC), o por un proveedor delegado autorizado. El proveedor delegado debe tener un contrato por escrito con un FQHC o una RHC y con el programa de inmunización estatal, local o territorial para poder vacunar a los niños con seguro insuficiente.

** Otros niños con seguro insuficiente son aquellos que, aunque están insuficientemente asegurados, no son elegibles para recibir las vacunas federales por medio del Programa TVFC porque el proveedor o centro no es un FQHC, o una RHC, o un proveedor delegado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son proporcionadas por el programa estatal para dar cobertura a los niños que no son elegibles para el TVFC.

*** Niños inscritos en el programa estatal separado CHIP (Children's Health Insurance Program). Estos niños se consideran asegurados y no son elegibles para recibir vacunas mediante el Programa VFC. Cada estado proporciona orientación específica sobre cómo se adquieren y administran las vacunas del CHIP a través de los proveedores participantes.

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 contradicciones de las vacunas para niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
mes día año

Para padres/tutores: las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy a su hijo. Si responde “sí” a alguna pregunta, no significa necesariamente que su hijo no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer otras preguntas. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿El niño está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El niño tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El niño ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El niño tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares (incluida asma), renales, hepáticas, del sistema nervioso o metabólicas (p. ej., diabetes), un trastorno de la sangre, ausencia de bazo, implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está tomando regularmente aspirina o medicamento con salicilato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Para niños de 2 a 4 años: ¿Le ha dicho un proveedor de atención médica que el niño ha tenido sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Para bebés: ¿Le han dicho alguna vez que el niño tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño, un hermano o un padre ha tenido una convulsión? ¿El niño ha tenido un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se le ha diagnosticado alguna vez al niño una condición cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-C) después de una infección con el virus que causa el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿El niño tiene algún problema con el sistema inmunitario, como cáncer, leucemia, VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En los últimos 6 meses, ¿el niño ha tomado medicamentos que afectan al sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o fármacos contra el cáncer; fármacos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tienen los padres o los hermanos del niño algún problema con el sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Durante el año pasado, ¿el niño ha recibido globulina inmunitaria (gamma), hemoderivados o un fármaco antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿La niña/adolescente está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿El niño ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿El niño se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿El niño 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 las vacunas de su hijo. Si no tiene uno, pida al proveedor de atención médica del niño que le proporcione uno con todas las vacunas de su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévalo consigo cada vez que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará este documento para acceder a la guardería o a la escuela, para trabajar o para viajes internacionales.



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