

Birth - 17yrs

## Lista para Citas

*Se necesita un buen número de teléfono para hacer las citas:*

**Si no responde la primera vez, pasaremos al siguiente paciente.**

- Registro de vacunas completo para niños/adultos
- Hoja Demográfica del Paciente
- Registro de la determinación de elegibilidad del paciente
- Reconocimiento de Examen de Aviso Sobre Practicas de Confidencialic
- Registro de inmunizacion formulario de consentimiento

### **Hoja Demográfica del Paciente:**

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

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

Apellido de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

# de seguro social: \_\_\_\_\_ Mujer/Hombre

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# De Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre: \_\_\_\_\_

Apellido de Soltera de la Madre: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_

?Ha tenido el paciente la enfermedad de la viruela (varicella)? No / Si ?Cuando edad/fecha? \_\_\_\_\_

Donde Nacio? \_\_\_\_\_ Refugaido? \_\_\_\_\_







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