

DON'T LET THE FLU KNOCK YOU OUT OF SCHOOL!



FREE Flu Vaccinations for All Students!

Dear Parent,

Your school district has asked for our help in scheduling **FREE flu clinics** at your campus. CareDox/Healthy Schools, the previous provider recently announced they were no longer conducting clinics in Texas. Health Hero is here to ensure your student(s) continue to receive this important vaccine. If your child has not already received a flu vaccine from their doctor or another clinic this school year, **please complete a new consent form for each of your children and return to your school before the clinic date.** Your student's privacy is our top priority. All information you give us is entirely confidential.

Your child's health is critically important to us and to your teachers! Students miss more school days because of the flu than all other immunizable diseases combined. Your school district understands that free access to these vaccines will help keep your children in school and learning!

If you have any questions, please contact your school administrator for more information.

Sincerely,

Michaela Bostley
Health Hero America



VACCINE INFORMATION STATEMENT

Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): What you need to know

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.cdc.gov/vaccines for more information.

1 Why get vaccinated?

Influenza vaccine can prevent influenza (flu).

Flu is a contagious disease that spreads around the United States every year, usually between October and May. Anyone can get the flu, but it is more dangerous for some people. Infants and young children, people 65 years of age and older, pregnant women, and people with certain health conditions or a weakened immune system are at greatest risk of flu complications.

Pneumonia, bronchitis, sinus infections and ear infections are examples of flu-related complications.

If you have a medical condition, such as heart disease, cancer or diabetes, flu can make it worse.

Flu can cause fever and chills, sore throat, muscle aches, fatigue, cough, headache, and runny or stuffy nose. Some people may have vomiting and diarrhea, though this is more common in children than adults.

Each year thousands of people in the United States die from flu, and many more are hospitalized. Flu vaccine prevents millions of illnesses and flu-related visits to the doctor each year.

2 Influenza vaccine

CDC recommends everyone 6 months of age and older get vaccinated every flu season. Children 6 months through 8 years of age may need 2 doses during a single flu season. Everyone else needs only 1 dose each flu season.

It takes about 2 weeks for protection to develop after vaccination.

There are many flu viruses, and they are always changing. Each year a new flu vaccine is made to protect against three or four viruses that are likely to cause disease in the upcoming flu season. Even when the vaccine doesn't exactly match these viruses, it may still provide some protection.

Influenza vaccine does not cause flu.

Influenza vaccine may be given at the same time as other vaccines.

3 Talk with your health care provider

Tell your vaccine provider if the person getting the vaccine:

- Has had an allergic reaction after a previous dose of influenza vaccine, or has any severe, life-threatening allergies.
- Has ever had Guillain-Barre Syndrome (also called GBS).

In some cases, your health care provider may decide to postpone influenza vaccination to a future visit.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting influenza vaccine.

Your health care provider can give you more information.

4 Risks of a vaccine reaction

- Soreness, redness, and swelling where shot is given, fever, muscle aches, and headache can happen after influenza vaccine.

• There may be a very small increased risk of Guillain-Barre Syndrome (GBS) after inactivated influenza vaccine (the flu shot).

Young children who get the flu shot along with pneumococcal vaccine (PCV13), and/or DTaP vaccine at the same time might be slightly more likely to have a seizure caused by fever. Tell your health care provider if a child who is getting flu vaccine has ever had a seizure.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

5 What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call 9-1-1 and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at www.vaers.hhs.gov or call 1-800-822-7967. VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff do not give medical advice.

6 The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines. Visit the VICP website at www.hhs.gov/vaccinecompensation or call 1-800-338-2382 to learn about the program and about filing a claim. There is a time limit to file a claim for compensation.

7 How can I learn more?

- Ask your healthcare provider.
- Call your local or state health department.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Call 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) or
 - Visit CDC's www.cdc.gov/flu



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

Vaccine Information Statement (vris11m)
Inactivated Influenza
Vaccine

8/15/2019 | 42 U.S.C. § 300aa-26



020-114-04

NO DEJE QUE LA GRIPE TE GANE POR NOCAUT!



VACUNAS CONTRA LA GRIPE GRATIS PARA TODOS LOS ALUMNOS!

Estimado padre de familia,

Su distrito escolar le pidió nuestra ayuda en programar clínicas de vacunación **GRATUITAS** en su plantel. El proveedor anterior Caretox/Healthy Schools, recientemente anunció que no dará estos servicios de clínica en Texas. Health Hero está aquí para asegurarse que su estudiante continúe recibiendo estas importantes vacunas. Si su hijo(a) no ha recibido la vacuna contra la influenza en el consultorio de su médico o en otra clínica, **por favor regrese estas formas a la escuela antes de la fecha en la que se impartirá la clínica.** La privacidad de los estudiantes es nuestra prioridad. Toda la información que usted proporcione es enteramente confidencial.

¡La salud de su hijo es muy importante para nosotros y para sus maestros! Actualmente, los estudiantes pierden más días escolares por la influenza que por cualquier otro tipo de enfermedad vacunable combinada. Su distrito escolar entiende que el acceso gratuito a estas vacunas ayudará a que su hijo no pierda días escolares y ¡Qué siga aprendiendo!

Si tiene cualquier pregunta, **por favor contacte a su administrador escolar para que pueda recibir más información.**

Sinceramente,

Michaela Dosty
Health Hero America



Vaccine Information Statement • Influenza IV (8/17/15) • Spanish Translation • Distributed by the Immunization Action Coalition

DECLARACION DE INFORMACION DE VACUNA

Vacuna (inactiva o recombinante) contra la influenza (gripe): Lo que debe saber

Hay Vacuna Información Statement en español en www.cdc.gov/vaccines/imz/downloads/.
La lengua de información de la vacuna está disponible en español. Visite www.cdc.gov/vaccines/imz/downloads/.

1 ¿Por qué vacunarse?

La influenza (gripe o el "flu") es una enfermedad contagiosa que se propaga por los Estados Unidos cada año, normalmente entre octubre y mayo.

La influenza es causada por el virus de influenza, y la mayoría de las veces se propaga a través de toques, estornudos y contacto cercano. Cualquier persona puede contraer la influenza. Los síntomas aparecen repentinamente, y pueden durar varios días. Los síntomas varían según la edad, pero pueden incluir:

- fiebre o escalofríos
- dolor de garganta
- dolor muscular
- cansancio
- los ojos de cabeza
- congestión o secreción nasal

La influenza también puede causar neumonía e infecciones en la sangre, y puede causar diarrea y convulsiones en los niños. Si tiene una condición médica, como cardiopatía o una enfermedad en los pulmones, la influenza la puede empeorar.

La influenza es más grave en algunas personas. Las niñas pequeñas, gente de 65 años de edad o mayores, mujeres embarazadas y gente con ciertas condiciones físicas o un sistema inmunológico debilitado corren mayor riesgo.

Cada año miles de personas en los Estados Unidos mueren a causa de la influenza, y muchas más son hospitalizadas.

La vacuna contra la influenza puede:

- prevenir que usted se enferme de la influenza,
- reducir la seriedad de la influenza si la contrae, y
- prevenir que contagie a su familia y otras personas con la influenza.

2 Vacunas contra la influenza inactivas y recombinantes

Se recomienda una dosis de la vacuna contra la influenza cada temporada de influenza. Algunas niñas, entre los 6 meses a 8 años de edad, pueden necesitar dos dosis durante la misma temporada de influenza. Todos los demás solo necesitan una dosis en cada temporada de influenza.

Algunas vacunas antigripales inactivas contienen una muy pequeña cantidad de huevo, un preservativo que contiene mercurio. Las estúdios no han demostrado que el mercurio en las vacunas es dañino, pero hay vacunas antigripales disponibles que no contienen huevo.

No hay ningún virus vivo en las inyecciones contra la influenza. No pueden causar la influenza.

Hay muchas virus de influenza, y cambian constantemente. Cada año se formula una nueva vacuna antigripal para proteger contra 3 o 4 virus que se crean los más probables causantes de enfermedad durante la próxima temporada de influenza. Pero incluso cuando la vacuna no previene estos virus, todavía puede proporcionar cierto nivel de protección.

La vacuna contra la influenza no puede prevenir:

- la influenza causada por un virus que no es protegido por la vacuna o
- enfermedades que son similares a la influenza pero no son la influenza.

Toma alrededor de 2 semanas desarrollar protección después de la vacunación, y dicha protección dura a lo largo de la temporada de la influenza.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

Dígame a la persona que lo vacune:

- Si tiene alguna alergia grave y potencialmente mortal después de una vacuna antigripal, o si es gravemente alérgico a cualquier componente de esta vacuna, se le podría aconsejar que no se vacine. La mayoría, pero no todas, las vacunas antigripales contienen una pequeña cantidad de proteína de huevo.
- Si ha tenido el Síndrome de Guillain-Barré (también conocido como GBS). Algunas personas con antecedentes de GBS no deben recibir esta vacuna. Debe consultar a su médico sobre esto.

Si no se siente bien. Normalmente está bien el ser vacunado contra la influenza cuando está levemente enfermo, pero es posible que se le pida regresar cuando se sienta mejor.

4 Riesgos de reacción a la vacuna

Igual que cualquier medicamento, incluso las vacunas, hay riesgo de efectos secundarios. Normalmente son leves y se resuelven solos, pero también pueden ocurrir reacciones graves.

La mayoría de las personas que se vacunan contra la influenza no tienen ningún problema con la vacuna.

Problemas leves que pueden ocurrir después de la vacuna antigripal inactiva:

- Dolor, enrojecimiento o hinchazón donde recibió la inyección
- Rara vez
- Dolor, enrojecimiento o comezón en los ojos
- Tos
- Fiebre
- Dolores
- Dolor de cabeza
- Comezón
- Cansancio

Si estos problemas ocurren, normalmente comienzan poco después de la vacunación y duran de 1 a 2 días.

Problemas más graves que pueden ocurrir después de la vacuna antigripal inactiva incluyen:

- Es posible que haya un riesgo un poco mayor de contraer el Síndrome Guillain-Barré (GBS) después de recibir una vacuna antigripal inactiva. Se estima que este riesgo es de 1 a 2 casos adicionales por cada millón de personas que reciben la vacunación. Esto es mucho menor que el riesgo de padecer de complicaciones serias causadas por la influenza, lo cual puede ser prevenido a través de la vacuna contra la influenza.
- Los niños pequeños que reciben la vacuna antigripal y la vacuna neumocócica (PCV13) o la vacuna DTaP a la misma vez pueden ser ligeramente más propensos a sufrir convulsiones causadas por fiebre. Pídale más información a su médico. Avísele a su médico si el niño que será vacunado ha tenido convulsiones.

Problemas que pueden ocurrir después de cualquier vacuna inyectada:

- Demayados fuertes pueden ocurrir después de cualquier procedimiento médico, incluso la vacunación. Para evitar demayados y heridas causadas por ellos, síntese o acuéstese por alrededor de 15 minutos. Avísele a su médico si se siente mareado o si tiene cambios en su visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas padecen de un dolor agudo y ampliado de movimiento reducida en el hombro del brazo donde se recibió la inyección. Esto ocurre muy raramente.
- Cualquier medicamento puede causar una reacción alérgica grave. Tales reacciones a una vacuna ocurren muy raramente, estimadas en menos de 1 en un millón de dosis, y normalmente pasa en unos pocos minutos a varias horas después de la vacunación.

Como con cualquier medicamento, hay la posibilidad remota que la vacuna cause daño grave o la muerte.

Siempre se supervisa la seguridad de las vacunas. Para más información, visite www.cdc.gov/vaccinesafety/

5 ¿Y si ocurren reacciones graves?

¿En qué me debo fijar?

- Fíjese en cualquier cosa que le preocupe, como los síntomas de una reacción alérgica grave, fiebre muy alta o comportamientos inusuales.
- Síntomas de una reacción alérgica grave incluyen: ronchas, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad al respirar, ritmo cardíaco acelerado, mareos y debilidad. Estos síntomas comenzarían en unos pocos minutos a unas horas después de la vacunación.

¿Qué debo hacer?

- Si cree que hay una reacción alérgica grave u otra emergencia que necesita atención inmediata, llame al 9-1-1 y lleve a la persona al hospital más cercano. Si no, puede llamar a su médico.
- Se debe reportar las reacciones al Sistema de Información sobre Eventos Adversos a Vacunas (VAERS). Su médico debe presentar este informe, o usted puede hacerlo por el sitio web de VAERS: www.vaers.hhs.gov, o llamando al 1-800-832-7967.

VAERS no da consejos médicos.

6 El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por Vacunas

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por Vacunas (National Injury Compensation Program, NICEP) es un programa federal creado para compensar a aquellas personas que pueden haber sido lesionadas por ciertas vacunas.

Las personas que creen que posiblemente hayan resultado heridas por una vacuna pueden encontrar más información sobre el programa y sobre la presentación de reclamos llamando al 1-800-338-2382 o visitando el sitio web del VICP www.hhs.gov/vaccinecompensation. Hay un límite de plazo para presentar un reclamo de indemnización.

7 ¿Cómo puedo saber más?

- Consulte a su proveedor de la salud. Él o ella le puede dar un folleto con información sobre la vacuna o sugerir otras fuentes de información.
- Llame a su departamento de la salud local o de su estado.
- Contáctese a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*):
 - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
 - Visite al sitio web del CDC: www.cdc.gov/flu

Vaccine Information Statement
Inactivated Influenza Vaccine

08/07/2015

Spanish

42 U.S.C. § 300aa-26



Flu Vaccine Consent Form

School Name: _____

Clinic Date: _____

FIRST NAME of Student:					LAST NAME of Student:				
Gender: Male Female		Birthdate: (MM/DD/YYYY)			Age		Grade		
Address					Home Phone # () -		Cell Phone # () -		
City		Zip Code		State		Student Race: (Circle one) African American / Black White Alaskan/ Native American Asian Hispanic Non-Hispanic Hawaiian / Pacific Islander Other :			
Email address:									

The current health care laws require us to bill your insurance company for the vaccine. The service is offered at no cost to you. Answers are always confidential.

Please fill out the following questions pertaining to your child's Health Insurance:

Medicaid <input type="checkbox"/>					My child does NOT have health insurance <input type="checkbox"/>					Insurance Company:				
Policy Holder's First Name:					Policy Holder's Last Name:									
Member ID:					Policy Holder's Date of Birth: (MM/DD/YYYY)									

CHECK YES OR NO FOR EACH QUESTION

1	Has the person to be vaccinated ever had a severe or life threatening reaction to the flu vaccine?	YES	NO
2	Has the person to be vaccinated ever had Guillain-Barre syndrome?	YES	NO
3	Does the patient have an allergy to eggs?	YES	NO
4	Does the patient have an allergy to any component of the vaccine?	YES	NO



ONLY RETURN THIS FORM IF YOU WANT THIS VACCINE

I have read the information about the vaccine and special precautions on the Vaccine Information Sheet. I am aware that I can locate the most current Vaccine Information Statement and other information at www.immunize.org or www.cdc.gov. I have had an opportunity to ask questions regarding the vaccine and understand the risks and benefits. I hereby acknowledge that based on the information presented to me, my child is eligible to receive the influenza vaccine on this date. I request and voluntarily consent for the vaccine to be given to the child listed above of whom I am the parent or legal guardian and having legal authority to make medical decisions on their behalf. I understand that no assurance can be given that the influenza vaccination will give immunity from contracting any strain of influenza. My child is feeling well today and he/she has not recently had a fever. I accept responsibility for seeking medical attention for any problems associated with receiving the vaccine. I hereby release the school system, Health Hero America LLC, its employees, representatives and agents from any liability for giving the influenza vaccination to my child. I understand this consent is valid for 6 months and that I will make the school aware of any changes in my child's health prior to the vaccination clinic date. Clinic dates can be obtained from the school. I authorize HHA to provide my child's school with documentation of vaccinations given today.



Printed Name of Parent/Guardian _____

Signature of Parent/Guardian _____

Date _____

HHA Staff Signature _____

Date _____

AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY
VIS CDC IIV 08/15/2019 FLUZONE

Administered by: _____ Location: RA LA

Health Hero America, LLC
244 Flightline Dr.
Spring Branch, TX 78070
mbatey@coldchain-tech.com
210-800-8402





Texas Vaccines for Children Program Patient Eligibility Screening Record

A record of all children 18 years of age or younger who receive immunizations through the Texas Vaccines for children (TVFC) Program must be kept in the health care provider's office for a minimum of five (5) years.

- 1. Child's Name: Last Name First Name MI
2. Child's Date of Birth: / /
3. Parent, Guardian, or Individual of Record: Last Name First Name MI
4. Primary Provider's Name: Last Name First Name
5. Please check the category that applies
o Is enrolled in Medicaid Medicaid Number Date of Eligibility
o Is an American Indian or an Alaskan Native
o Does not have health insurance
o Underinsured served by FQHC, RHC, or deputized provider
o Is enrolled in the Children's Health Insurance Plan CHIP Number Group Number
o Is underinsured:
a. Has commercial insurance, but coverage does not include vaccines
b. Commercial insurance covers only selected vaccines
o Has private insurance that covers vaccines

Stock No. C-10 Rev. 05/2017



IMMUNIZATION REGISTRY (ImmTrac2) Minor Consent Form



(Please print clearly)

Child's Last Name Child's Middle Name
Child's First Name Child's Date of Birth
Child's Gender: Male Female
Child's Address Apartment # Telephone
City State Zip Code County
Mother's First Name Mother's Maiden Name

ImmTrac2, the Texas immunization registry is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). The immunization registry is a secure and confidential service that consolidates and stores your child's (younger than 18 years of age) immunization records.

Doctors, public health departments, schools, and other authorized professionals can access your child's immunization history to ensure that important vaccines are not missed.

The Texas Department of State Health Services encourages your voluntary participation in the Texas immunization registry.

Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized Entities

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of the child's immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the state's central immunization registry ("ImmTrac2").

- o a public health district or local health department, for public health purposes within their areas of jurisdiction;
o a physician, or other health-care provider legally authorized to administer vaccines, for treating the child as a patient;
o a state agency having legal custody of the child;
o a Texas school or child-care facility in which the child is enrolled;
o a payor, currently authorized by the Texas Department of Insurance to operate in Texas, regarding coverage for the child.

I understand that I may withdraw this consent to include information on my child in the ImmTrac2 Registry and my consent to release information from the Registry at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group - MC 1946, P O Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

By my signature below, I GRANT consent for registration. I wish to INCLUDE my child's information in the Texas immunization registry. Parent, legal guardian, or managing conservator:

Date Printed Name Signature

Privacy Notification: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request.

For more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

Stock No. C-7 Revised 09/2017

Formulario de consentimiento para la vacuna contra la gripe



Escuela:

Fecha Indicada de Clínica:

Nombre del Estudiante:										Apellido del Estudiante:														
Genero: Masculino Femenino					Fecha de Nacimiento: (MM/DD/AAAA)					Edad					Grado									
Dirección										# Teléfono Hogar () - # Teléfono Celular () -														
Ciudad					Código Postal					Estado					Raza del Estudiante: (Circule Uno) Afroamericano / Negro Blanco Nativo de Alaska/Natvoamericano Asiático Hispano No-Hispano Hawaiano/Isleño del Pacífico Otro:									
Dirección Electrónica:																								

Las leyes actuales de atención médica requieren que facturemos a su compañía de seguros por la vacuna. El servicio se ofrece sin costo para usted. Las respuestas son siempre confidenciales.
Complete las siguientes preguntas relacionadas con el seguro de salud de su hijo:

Medicaid <input type="checkbox"/>										Mi hijo NO tiene seguro de salud <input type="checkbox"/>										Compañía de Seguros:									
Nombre del Titular de la Póliza:										Apellido del Titular de la Póliza:																			
Identificación del Miembro:										Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: (MM/DD/AAAA)																			

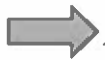
MARQUE SÍ O NO EN CADA PREGUNTA

1	¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave o potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe?	YES	NO
2	¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	YES	NO
3	¿El paciente tiene alergia a los huevos?	YES	NO
4	¿El paciente tiene alergia a algún componente de la vacuna?	YES	NO



**SOLO REGRESE
ESTA FORMA SI
QUIERE ESTA
VACUNA**

He leído la información sobre esta vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de Información Sobre la Vacuna. Estoy consciente de que puedo encontrar la Declaración de Información Sobre la Vacuna más actualizada y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta vacuna y comprender los riesgos y beneficios. Por la presente, reconozco que según la información que se me presenta, mi niño/a es elegible para recibir la vacuna contra la influenza en la fecha de clínica indicada. Solicito y doy consentimiento voluntario para que la vacuna se administre al/la niño/a mencionado anteriormente, y de quien soy padre/madre o tutor legal y que tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Entiendo que no se puede garantizar que la vacuna contra la influenza dará inmunidad para contraer cualquier especie de influenza. Hoy mi niño/a se siente bien y no ha tenido fiebre recientemente. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema asociado con esta vacuna. Por la presente, libero al sistema escolar, Health Hero America LLC, sus empleados, representantes y agentes de cualquier responsabilidad por administrar la vacuna contra la influenza a mi niño/a. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud de mi niño/a antes de la fecha de vacunación. Las fechas de vacunación se pueden obtener de la escuela. Autorizo a HHA para proporcionar a la escuela de mi niño/a la documentación de las vacunas que se administran en la fecha de clínica indicada.



NOMBRE IMPRESO DEL PADRE/TUTOR

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

FIRMA DEL PERSONAL DE HHA

FECHA

AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY
VIS CDC IIV 08/15/2019 FLUZONE

Administered by: _____ Location: RA LA

Health Hero America, LLC
244 Flightline Dr.
Spring Branch, TX 78070
mbatey@coldchain-tech.com
210-800-8402





Programa de Vacunas Para Niños de Texas
Registro de la determinación de elegibilidad del paciente

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 de años de edad o menores que reciban inmunizaciones por medio del Programa De Vacunas para los Niños de Texas (TVFC).

- 1. Nombre del Menor: Apellido, Primer nombre, Inicial del 2.o nombre
2. Fecha de Nacimiento del menor: ___/___/___
3. Padre, tutor o individuo del registro: Apellido, Primer nombre, Inicial del 2.o nombre
4. Nombre del proveedor primario: Apellido, Primer nombre
5. Compruebe por favor la categoría que se aplica
o Está inscrito en Medicaid Medicaid Date número de elegibilidad
o Es un indio Americano un native de Alaska
o No tiene Seguro de salud
o Con Seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado
o El paciente está inscrito en msuguro medico Plan Chip de niño CHIP Grupo
o Es seguro:
1. Tiene Seguro commercial, pero la cobertura no incluye vacunas
2. Commercial Seguro cubre solo las vacunas
o Tiene un Seguro privado que cubre las vacunas

Stock No. C-10
Rev. 05/2017



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Form fields for child information: Apellido del Niño(s), Segundo Nombre del Niño(s), Nombre del Niño(s), Fecha de Nacimiento del Niño(s), Dirección del Niño(s), Apartamento #, Teléfono, Ciudad, Estado, Código Postal, Condado, Nombre de la Madre, Apellido de Soltera de la Madre.

ImmTrac2, 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(s) (menor de 18 años de edad).

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 ("ImmTrac2").

- 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 ImmTrac2 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 registrar. Deseo INCLUIR la información de mi niño(s) en el registro de inmunización de Texas.
Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes:

Form fields for signature: Fecha, Escriba con letra de molde, 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.