

# Hospital de Distrito Del Condado de Parker

1130 Pecan Street  
Weatherford, Texas 76086  
817-599-1229

Ubicación Clínica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Edo./Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Alt: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

<p><b>ANTES de ponerse la vacuna de la INFLUENZA</b> Conteste: Si ó No las siguientes preguntas:</p> <p>¿ Ha recibido vacunas contra la gripe en el 2010-2011 ? _____ Sí _____ No</p> <p>¿ Está embarazada ó en periodo de lactancia? ( Si es sí, será necesario el permiso de preferencia por escrito, pero no se requiere de su médico para recibir la vacuna de la influenza) _____ Sí _____ No</p> <p>¿ Ha tenido fiebre hoy? _____ Sí _____ No</p> <p>¿ Es usted alérgico a el huevo o algún producto con huevo ó a el latex? _____ Sí _____ No</p> <p>¿ Ud. tiene gripa ó sintoma de resfriado hoy? _____ Sí _____ No</p> <p>¿ Ha tenido trastorno neurológico o le han diagnosticado con síndrome de Guillain-Barre? _____ Sí _____ No</p> <p>¿ Tiene usted algún problema de salud o alérgico que requiera ver a un médico actualmente? _____ Sí _____ No</p> <p>Si es sí explique _____</p> <hr/> <p>¿ Tiene alergia al timerosal, o a un derivado del mercurio? (I.e. merthiolate, gotas para los ojos) _____ Sí _____ No</p> <p>¿ Alguna vez ha tenido una reacción a la vacuna de la gripa? _____ Sí _____ No</p>	<p>Yo doy el consentimiento a el Hospital de Distrito del Condado de Parker, para que me puedan aplicar la vacuna de la influenza. Y reconozco la información de la base de la vacuna en esta fecha. Este día me siento bien y no he tenido fiebre recientemente. Entiendo que no tengo garantía que esta vacuna de la influenza me pueda dar inmunidad contagiarme de otra cepa de la gripa. Por la presente reconozco que he recibido una copia de esta hoja de información de las vacunas 2011-2012</p> <p>Yo libero a el hospital de Distrito de El Condado de Parker y a todos sus empleados, agentes y representantes por aplicarme la vacuna de la influenza.</p> <p>Y acepto la responsabilidad de buscar atención médica si tengo algún problema asociado por recibir la vacuna de la influenza. He tenido la oportunidad de que se me aclararon todas mis dudas al respecto.</p> <p><b>Firma:</b> _____</p> <p><b>Fecha:</b> _____</p>
---	--

➔ **Consentimiento para la inmunización de un menor:** Yo, (padres) \_\_\_\_\_ doy mi permiso y consentimiento para el( niño/a) \_\_\_\_\_ fecha de Nac. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ reciba la vacuna contra la influenza estacional del 2011. Nombre soltero de la madre. \_\_\_\_\_

**Padres**  
**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Firma del personal:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**TEXAS VACCINES FOR CHILDREN PROGRAM (TVFC)**  
**[EL PROGRAMA DE VACUNAS PARA LOS NIÑOS DE TEXAS,**  
**TVFC, por sus siglas en inglés]**  
**ARCHIVO QUE DETERMINA LA ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE**

uso de la clínica solamente: (CLINIC USE ONLY): TVFC Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---

Propósito: El determinar la elegibilidad y el origen de los fondos para rembolsar al *Texas Department of State Health Services* (Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas) por las vacunas. Un archivo debe guardarse en la oficina del proveedor de atención médica, el cual refleja el estatus de todos los niños de 18 años de edad o menores quienes reciben inmunizaciones a través del Programa de Vacunas Para los Niños de Texas. El formulario puede ser llenado por el padre, la madre, el tutor legal o el individuo del registro. Este mismo formulario puede utilizarse para todas las visitas subsiguientes con tal de que el estatus de elegibilidad del niño no haya cambiado. Aunque la verificación de las respuestas no es requerida, es necesario retener éste, o un archivo similar, para cada niño que reciba vacunas.

Fecha de determinación: \_\_\_\_\_

Nombre del niño:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
----------	---------------	----------------------------

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (mes/día/año)

Padre / Madre / Tutor legal / Individuo del registro:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
----------	---------------	----------------------------

Nombre del proveedor / nombre de la clínica:

**Sírvase seleccionar una de las categorías siguientes (marque la primera categoría que se aplica; marque solamente una) para determinar si el niño cumple los requisitos para recibir vacunas del TVFC:**

- (a) está inscrito en Medicaid, o
- (b) no tiene seguro médico, o
- (c) es Indio-Americano, o
- (d) es nativo de Alaska, o
- (e) es un paciente que recibe beneficios del *Children's Health Insurance Plan* (Plan de seguro médico para niños, *CHIP*, por sus siglas en inglés), o
- (f) no tiene seguro médico suficiente (tiene seguro médico que **NO** paga por las vacunas; tiene un co-pago o un deducible que la familia no puede pagar; o tiene un seguro que proporciona una cobertura limitada para el bienestar o la prevención), o
- (g) es un paciente que recibe servicios de cualquier clínica de salud pública y no reúne ninguno de los criterios indicados anteriormente (a-f), o
- (h) tiene seguro privado o está pagando por servicios.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Con pocas excepciones, usted tiene el derecho a pedir y ser informado(a) sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. Usted tiene el derecho a recibir y examinar la información al pedirla. Usted también tiene el derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determina ser incorrecta. Vaya a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información acerca de la Notificación sobre la Privacidad. (Referencia: *Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004*)