

## INFORMACIÓN SOBRE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN

### **\*\*PARA VACUNARSE LOS ESTUDIANTES SON REQUERIDOS LOS SIGUIENTES:**

1. *Formularios completados (No se requiere que ningún padre esté presente si se completan los formularios).*
  - a. Página 1-2: Datos demográficos, información de seguros y preguntas sobre exámenes de salud. **Se REQUIERE la firma de un padre/tutor legal al final de la página 2.**
  - b. Página 3: Formulario Immtrac, esto nos da consentimiento para subir vacunas entregadas al registro estatal. **Se REQUIERE la firma de un padre/tutor legal al final de la página**
  - c. Si el estudiante tiene 18 años de edad o más, el estudiante debe firmar todos los formularios.
2. Registro de vacunas (solicitud de la enfermera de la escuela si es necesario).

### **\*\*Cosas que debe saber para el día del evento:**

1. Los padres recibirán una llamada telefónica de confirmación 24 horas antes del evento.
2. Los estudiantes serán sacados de clase (consulte con la enfermera de la escuela para obtener una excusa de clase)

### **\*\*Se recomiendan las siguientes vacunas. Lea la información a continuación y inicial el cuadro si elige que su estudiante reciba alguna o TODAS las tres vacunas a continuación:**

#### **Meningitis B:**

- No es requerida por el estado, sin embargo, ciertas universidades la requieren.
- El 62% de los casos actuales son meningitis B; bastantes estudiantes no reciben esta vacuna.
- Serie de 2 dosis; uno ahora y uno en 1 mes.

#### **VPH:**

- Ayuda a prevenir infecciones que pueden causar cáncer tanto en hombres como en mujeres
- Los niños de 11 a 12 años deben recibir dos dosis de la vacuna contra el VPH, con un intervalo de 6 a 12 meses.
- Las vacunas contra el VPH se pueden administrar a partir de los 9 años.
- Los niños que comienzan la serie de vacunas contra el VPH a partir de los 15 años de edad necesitan tres dosis, administradas durante 6 meses.

#### **Influenza (gripe):**

- Todas las personas a partir de los 6 meses de edad deben vacunarse contra la influenza cada temporada, especialmente las que padecen enfermedades crónicas como el asma.
- Cada año, la vacunación contra la influenza previene enfermedades, visitas médicas, hospitalizaciones y muertes.

**\*\*Comuníquese con la enfermera de su escuela si tiene alguna pregunta \*\***



**Sección A (en letra de imprenta)**

**Primer nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_ **Fecha nac.:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino  Otra: \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono celular:** \_\_\_\_\_ **Teléfono alternativo:** \_\_\_\_\_

**UH enviará la información de inmunización de esta visita a su proveedor de atención primaria (PCP) utilizando la información de contacto que indique a continuación.**

¿Tiene usted un PCP?  No  Sí PCP: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Inmunización solicitada:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Varicela o viruela loca                       | <input type="checkbox"/> (DTaP-HepB-IPV)                         |
| <input type="checkbox"/> COVID-19                                      | <input type="checkbox"/> (DTaP-Hib-IPV)                          |
| <input type="checkbox"/> Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP)          | <input type="checkbox"/> Neumocócica conjugada/PCV13/PCV15/PCV20 |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae tipo B conjugada (Hib) | <input type="checkbox"/> Neumocócica polisacárida/PPSV23         |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A (Hep A)                           | <input type="checkbox"/> Polio (IPV)                             |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B (Hep B)                           | <input type="checkbox"/> Rabia                                   |
| <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina de hepatitis B (IG)           | <input type="checkbox"/> Virus Sincitial Respiratorio (RSV)      |
| <input type="checkbox"/> Virus del papiloma humano (HPV9)              | <input type="checkbox"/> RSV Anticuerpo Monoclonal               |
| <input type="checkbox"/> Vacuna antigripal (virus inactivado)          | <input type="checkbox"/> Rotavirus                               |
| <input type="checkbox"/> (DTaP-IPV)                                    | <input type="checkbox"/> Culebrilla/herpes zóster                |
| <input type="checkbox"/> Meningocócica (MCV4)                          | <input type="checkbox"/> Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap)    |
| <input type="checkbox"/> Meningocócica tipo B                          | <input type="checkbox"/> Tétanos, difteria (Td)                  |
| <input type="checkbox"/> Sarampión, paperas, rubéola y varicela (MMRV) | <input type="checkbox"/> Otra: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Sarampión, paperas, rubéola (MMR)             |  |

**Sección B: Información del seguro primario: (en letra de imprenta)**

**Nombre del seguro primario:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Apellido(s) del suscriptor:** \_\_\_\_\_ **Nombre del suscriptor:** \_\_\_\_\_ **Inicial segundo nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del suscriptor:** \_\_\_\_\_

**Parentesco o relación con el paciente:**  Padre/madre  Tutor legal  Otro: \_\_\_\_\_

**N.º de póliza/socio:** \_\_\_\_\_ **N.º de grupo:** \_\_\_\_\_ **Copago:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Sección C (Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad para ser inmunizado hoy)**

**Marque una opción:**

1. ¿La persona que va a inmunizar se siente hoy enferma o tiene fiebre de moderada a alta? <b>Iniciales de quien administró la(s) inmunización(es):</b> _____	SÍ NO
2. ¿La persona que va a vacunarse es alérgica a medicamentos, componentes de alimentos, componentes de vacunas o al látex? <i>P. ej.: proteína bovina, gelatina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol, levadura, timerosal</i>	SÍ NO
3. ¿La persona que se va a inmunizar tiene alguna enfermedad crónica o algún problema de salud desde hace tiempo? <i>P. ej.: enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, diabetes, trastornos de la sangre, fuma.</i>	SÍ NO
4. ¿La persona que se va a inmunizar ha tenido alguna vez una reacción grave después de recibir una inmunización?	SÍ NO
5. ¿La persona que se va a inmunizar ha padecido alguna vez un trastorno convulsivo, trastorno cerebral, síndrome de Guillain-Barre o algún problema del sistema nervioso?	SÍ NO
6. ¿La persona que se va a inmunizar es mujer y está embarazada; está considerando quedar embarazada durante el próximo mes o está amamantando? Si embarazada, ¿cual es su edad gestacional? _____	SÍ NO
7. ¿La persona que se va a inmunizar es inmunodeprimida o toma algún medicamento que afecte su sistema inmunitario?	SÍ NO



PATIENT LABEL



**University  
Health**

Servicios móviles de administración de inmunizaciones  
(Clínicas móviles, en farmacias y escuelas)

**Sección D (PREGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE LA INMUNIZACIÓN CONTRA EL COVID)**

8. ¿Cuándo fué la última inmunización COVID-19 del paciente? _____	
9. ¿Ha recibido el paciente la(s) inmunización(es) ACAM2000 ó JYNNEOS dentro de las últimas 4 semanas?	SÍ NO
10. ¿Tiene el paciente actualmente COVID-19 ó lo a tenido en los últimos 90 días?	SÍ NO
11. ¿Tiene el paciente historial de síndrome inflamatorio multisistémico, pericarditis, ó miocarditis?	SÍ NO

**Sección E (PREGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE LA INMUNIZACIÓN MMR)**

12. Ha recibido recientemente una transfusión de sangre u otros hemoderivados en los últimos 90 días?	SÍ NO
13. ¿Ha recibido el paciente alguna otra inmunización en las últimas 4 semanas?	SÍ NO

**Sección F (Lea atentamente esta sección, y luego firme y anote la fecha para indicar que comprende y está de acuerdo con las siguientes declaraciones)**

**INICIALES:** \_\_\_\_\_ Por medio de la presente doy mi consentimiento a UH para administrar la(s) inmunización(es) indicada(s) anteriormente. Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la administración de esta(s) inmunización(es) y he recibido, leído y/o me han explicado las hojas informativas de la(s) inmunización(es) que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de formular preguntas y que tales preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. Asimismo, reconozco que se me aconseja permanecer cerca del área durante aproximadamente 20 minutos después de la inmunización para estar bajo observación del proveedor de atención médica que administró la(s) inmunización(es). En mi nombre, en el de mis herederos y representantes personales eximo total y completamente a UH, su personal, agentes, centros afiliados, funcionarios, directores y empleados de todas y cada una de las responsabilidades o reclamaciones, ya sean conocidas o desconocidas, que surjan de alguna manera relacionada con la administración de la(s) inmunización(es) indicadas anteriormente.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_ Entiendo los propósitos y beneficios del registro de inmunizaciones de mi estado y reconozco que, de conformidad con lo dispuesto por las leyes de mi estado, puedo evitar la divulgación de mis inmunizaciones al registro estatal firmando una opción de exclusión.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_ Asigno a University Health el pago de los beneficios de seguro autorizados que se me adeuden. Otorgo mi consentimiento para la divulgación de información médica cuando sea necesaria con fines de facturación, reembolso y protocolo médico.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_ Entiendo que un estudiante de inmunología certificado en inmunizaciones podría estar administrando estas inmunizaciones.

**Paciente/padre/madre/tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Información del Pariente/Guardian Legal (si es aplicable)**

Relación con el paciente:  Padre/Madre  Guardian Legal  Otra: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Sección G (La siguiente sección debe ser completada únicamente por el proveedor de atención médica)**

Nombre de quien administró la(s) inmunización(es) (letra de imprenta) \_\_\_\_\_  
 Firma de quien administró la(s) vacuna(s) \_\_\_\_\_ Nombre del internista (letra de imprenta) \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de administración: \_\_\_\_\_

Immunización	N.º de lote	Fecha de caducidad	Fabricante	NDC	Dosis	Site	Vía	Fecha de VIS Pub	Fecha de VIS dada
						LA RA	SQ IM		
						LA RA	SQ IM		
						LA RA	SQ IM		



Texas Department of State Health Services

# 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):			Grupo étnico (seleccione solo una):
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispanico o latino
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No hispano o latino
<input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<input type="checkbox"/> 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 (hasta los 18 años de edad). Con su debida autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo se incluirá en el Registro de Inmunización de Texas. 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 sección 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HIS/htm/HIS.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 el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en el Registro de Inmunización de Texas, 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 Texas Immunization Registry del Texas Department of State Health Services.

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 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 sección 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HIS/htm/HIS.161.htm#161.00705>.

Marque la casilla de abajo para indicar si su hijo 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 el Registro de Inmunización de Texas.

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, 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