



PROGRAMA DE VACUNAS PARA NIÑOS DE TEXAS (o TVFC)

REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

PARA USO DE LA CLÍNICA
CLINIC USE ONLY:
TVFC Eligible:
[] Yes [] No
Screener's Initials

Debe mantenerse el registro de todos los niños de 18 años de edad o menos que reciban inmunizaciones mediante el Programa de Vacunas para Niños de Texas en el consultorio del proveedor de salud. El registro lo puede rellenar el padre o madre, el tutor, el individuo que consta en el registro, o el proveedor de salud. La determinación del derecho a la participación del TVFC debe realizarse en cada consulta de inmunización para asegurarse de que el derecho a la participación del niño no ha cambiado. El mismo registro cumplirá con los requisitos de todas las vacunas posteriores, en tanto el derecho a la participación del niño no haya cambiado. Si cambia el derecho a la participación del paciente, debe rellenarse un nuevo formulario. Aunque la verificación de las respuestas no se requiere, es necesario quedarse con este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa de TVFC.

Fecha de la determinación: _____ (mm/dd/aaaa)

Nombre del niño: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre

Fecha de nacimiento del niño: _____ Edad: _____
(mm/dd/aaaa)

Padre o madre, tutor o individuo que consta en el registro: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre

Nombre del proveedor o de la clínica: _____ Número telefónico: (____) _____
Código de área + el número

Marque la primera categoría que corresponda; marque sólo una.

(a) [] Está inscrito en Medicaid, o

Número de Medicaid: _____ Fecha del derecho a la participación (mm/dd/aaaa)

(b) [] Es paciente que recibe prestaciones del Plan de Seguro Médico Infantil (o CHIP), o bien

Número de CHIP: _____ Fecha del derecho a la participación (mm/dd/aaaa)

(c) [] Es indio americano, o

(d) [] Es nativo de Alaska, o

(e) [] No tiene seguro médico (no asegurado), o

(f) [] Está subasegurado:

[] 1) tiene seguro médico comercial (privado), pero la cobertura no incluye las vacunas; o

[] 2) el seguro cubre sólo algunas vacunas (reúne los requisitos del TVFC sólo para las vacunas no cubiertas); o

[] 3) el seguro limita la cobertura de las vacunas a cierta cantidad. Una vez alcanzada esa cantidad de cobertura, se categorizará al niño como subasegurado.

(g) [] Tiene seguro privado que cubre las vacunas:

Nombre del asegurador: _____ Número de contacto del asegurador: (____) _____
Código de área + el número

Número de póliza/suscriptor: _____ Número del grupo (de ser aplicable): _____

NOTA: Falsificar información en este documento a sabiendas constituye un fraude. Al firmar este formulario, por este medio doy fe que la información es verdadera y correcta. Yo declaro que la persona nombrada arriba es una persona autorizada y reúne los requisitos para recibir vacunas del TVFC.

Firma: _____ Fecha: _____ (mm/dd/aaaa)

Con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla. También tiene derecho a pedir a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine es incorrecta. Consulte http://www.dshs.state.tx.us para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)



Vecino Health Centers
Consentimiento Para Tratamiento en Nombre de un Menor¹

Nombre de Paciente Menor: _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___

Yo _____ (escriba el nombre del padre o persona autorizada legalmente), por lo presente y voluntariamente doy consentimiento para autorizar a los médicos, proveedores de medio-nivel (Asistente de Médico, Enfermera de Práctica Avanzada) y dentistas, si están disponibles en el personal del centro en su lugar de servicio, para proveer servicios del cuidado de salud al menor mencionado arriba. Los servicios de cuidado de salud pueden incluir la evaluación de rutina física y mental, exámenes diagnósticos y monitoreo, y procedimientos. Los servicios del cuidado de salud pueden incluir, pero no están limitados a: inmunizaciones, trabajo rutinario de laboratorio, tal como sangre, orina y otros estudios, radiografías y otros estudios de imagen, electrocardiograma (ECG), administración de medicamentos, así como los procedimientos y el tratamiento prescritos por el personal médico y/o dental. Los servicios del cuidado de salud también pueden incluir servicios de consejería necesarios para recibir los servicios adecuados, incluyendo servicios de planificación familiar tal como es definido por la regulación federal. Yo comprendo que no hay ninguna garantía sobre los resultados del tratamiento ó la efectividad de cualquier método anticonceptivo prescrito para el menor mencionado(a) arriba.

Yo he recibido los “Derechos y Responsabilidades del Paciente” y el “Aviso de Los Derechos de Privacidad del Paciente” y comprendo los documentos. Yo certifico que comprendo totalmente este consentimiento para tratamiento, uso de proveedores de medio-nivel, la divulgación de información personal de salud y los derechos de el menor con respecto a estos asuntos. Yo comprendo que éste consentimiento es válido y se mantiene en efecto mientras que el menor sea paciente de éste centro. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de los servicios que se le proporcionarán en éste centro y creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento.

Yo estoy autorizado para dar el consentimiento en nombre de el menor escrito arriba porque soy el/la:

- Padre/ Madre
- Tutor Legal (especifique la relación):

**UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO
SERA REQUERIDA EN EL MOMENTO
DE LLEGADA PARA ESAS
PERSONAS AUTORIZADAS A TRAER
AL MENOR.
NO HAY EXCEPCIONES.**

Yo autorizo a las siguientes personas para dar el consentimiento médico para mi hijo/a en mi ausencia:

_____ Nombre	_____ Relación con el menor
_____ Nombre	_____ Relación con el menor
_____ Nombre	_____ Relación con el menor
_____ Nombre	_____ Relación con el menor

Yo entiendo que si alguien que no está listado arriba trae al menor para una visita, su cita será/puede ser cancelada.

Firma del Padre o Tutor Legal

Testigo

Imprima el nombre

Imprima el nombre

Fecha

Hora

Fecha

Hora

¹ Un menor es un individuo menor de 18 años de edad que no está y no ha sido casado/a ó que no ha tenido las discapacidades de minoría revocadas por la corte.



(Llene a mano claramente)

Primer nombre del menor _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) _____ *Solo para menores de 18 años Sexo del menor: Femenino Masculino
Teléfono _____ - _____ - _____

Dirección del menor _____ Núm. de apartamento _____ Correo electrónico _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Nombre de la madre _____ Apellido de soltera _____

<p>Raza (seleccione todos los que correspondan):</p> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<p>Grupo étnico (seleccione solo una):</p> <input type="checkbox"/> Hispánico o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Se negó a contestar
--	--	--	---

ImmTrac2, el registro de vacunaciones de Texas, 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 ImmTrac2. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas lo anima a que participe de forma voluntaria en el registro de inmunización de Texas.

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 central de inmunización de Texas ("ImmTrac2"). Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en el 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 para incluir los datos de mi hijo en el registro ImmTrac2 para divulgar la información contenida en el registro en cualquier momento, enviando una carta a esta dirección: Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

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.

Padre, tutor o titular de la custodia: _____ Nombre escrito a mano _____

Fecha _____ Firma _____

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)

¿Tiene alguna pregunta? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2
Please enter client information in ImmTrac2 and **affirm** that consent has been granted.
DO NOT fax to ImmTrac2. **Retain this form in your client's record.**



Harris Health MRN#: _____

Patient Name: _____

Date: _____

For Office Use Only

Representante del Niño/Formulario de Divulgación de Información

Un representante puede ver el historial de un paciente MyHealth Harris Health que no sea usted. Puede solicitar permiso para ver la información de salud de un niño si es el padre o guardián legal de un niño menor de 18 años. El derecho a ver la información de la salud del niño para las edades de 13 a 17, podrán limitarse con un mayor nivel de privacidad.

El Acceso al Registro MyHealth Del Niño

Para ver el registro MyHealth de un niño sobre el cual usted tiene custodia legal, por favor llene este formulario. Por favor, tenga en cuenta que sólo cierta información de la historia clínica del niño será visto en el registro de MyHealth.

Información del Padre/Tutor Legal (es necesario llenar todas las secciones por favor utilice letra de molde)

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

* Relación con el paciente (por ejemplo, padre, tutor legal) _____

Información del Niño (es necesario llenar todas las secciones por favor utilice letra de molde)

Por Favor, dar información de su hijo. Si usted tiene más de un (1) niño, por favor pedir otra forma.

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del Doctor: _____

Padre / Tutor Legal Declaración (Lea, fecha y firma)

Estoy pidiendo permiso para ver la información de salud en el expediente de mi hijo MyHealth, estoy de acuerdo de que al firmar esta forma estoy dando prueba a Harris Health System de mi autoridad para ver información sobre la salud de mi hijo. Estoy de acuerdo que soy el padre del niño o tutor legal. Mis derechos para ver información sobre la salud de mi hijo no se han cambiado por cualquier tribunal de la ley. La prueba que he dado para demostrar que puedo ver la información médica de mi hijo es verdad, correcta, y la copia más reciente.

Firma del padre o Tutor Legal

Fecha

Cuando el niño cumpla los 18 años, ya no tendrá permiso para ver el registro MyHealth de su hijo. Su hijo adulto puede dejarle ver su historial de MyHealth rellenando los datos del representante "Representante Adulto/Formulario de Divulgación de Información."

*Se requiere prueba de la tutela legal