

TARRANT COUNTY PUBLIC HEALTH

Consent for Immunization

Payment Type:
Cash _____ Check# _____
Invoice Amount: _____

COMPLETE THE SHADED AREAS

Child's Information (Please Print)

Last Name:		First Name:		Middle Name:	
Street Address:		Apt #	City:	County:	State: Zip Code:
Date of Birth: ____/____/____ (Month/Day/Year)		Sex: M F	Race:	Age:	Phone Number ()

Name of Parent/Guardian

Last Name:		First Name:		Maiden Name:	
Date of Birth: ____/____/____ (Month/Day/Year)		Sex: M F	Race	Relationship to Child:	

Eligibility

The above named child qualifies for vaccines through the Texas Vaccines for Children Program because he/she (check 1st category that applies, **check only ONE**):

- No Insurance*
- Enrolled in Medicaid, Medicaid Number: # _____ (TCPH will bill Medicaid for services)
- Enrolled in the Children's Health Insurance Plan (CHIP). CHIP Number: # _____ (TCPH will bill CHIP for services)
- Underinsured (Not insured for immunizations)*
- American Indian or Alaskan Native
- Private Insurance: (Not VFC eligible-will not receive VFC vaccines at school)

***Knowingly falsifying information on this document constitutes fraud. By signing this form, I hereby attest that the above information is true and correct. I declare that the person named above is an authorized person and is eligible to receive TVFC vaccines.**

Consent for Registration and Authorization for Electronic Exchange and Release of Immunization Information

I understand that, by granting the consent, I am authorizing the release of the child's immunization information to: (Please initial boxes)

- ➔ Tarrant County Immunization Registry (TCIR),
- ➔ ImmTrac2-the Texas immunization registry, a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS)

Once in the registry, the child's immunization information may by law be accessed by:

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

By signing this form I wish to INCLUDE my child's information in the above selected registries. I understand that I may withdraw this consent at any time.

Screening Checklist for Today's Immunizations

For parents and guardians: Please answer these questions by circling the correct answer.				
1. Is the child sick today?	Yes	No		
2. Does the child have allergies to medications, eggs, food, a vaccine component, or latex?	Yes	No		
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	Yes	No		
4. Has the child had a health problem with lung, heart, kidney or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, or a blood disorder? Is he/she on long-term aspirin therapy?	Yes	No		
5. Has the child had a seizure; has the child had brain or other nervous system problems. Has the child ever had Guillain-Barré syndrome?	Yes	No		
6. Does the child have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem?	Yes	No		
7. In the past 3 months, has the child taken medications that weaken their immune system, such as cortisone, prednisone, other steroids, or anticancer drugs, or had radiation treatments?	Yes	No		
8. In the past year, has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug?	Yes	No		
9. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month?	Yes	No		
10. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?	Yes	No		
Date of chickenpox illness: ➔ _____ (month and year) or Date of chickenpox immunization: ➔ _____				

VACCINATION CONSENT: I received a copy of the Vaccine Information Statement for each vaccine. I know the risks of the disease each vaccine prevents. I know the benefits and risks of each vaccine. I have had a chance to ask questions about the diseases, the vaccines, and how the vaccines are given. I am an adult who can legally consent for the person named above to get vaccines. I freely and voluntarily give my signed permissions for these vaccines.

Signature: _____	Date: _____	Signature _____	Date _____	Date VIS Given			
Parent, Guardian or Managing Conservator		School Nurse					
Vaccine to be given	Date given	Series	Mfg.	Lot #	VIS Date	Site	Given By

SALUD PUBLICA DEL CONDADO TARRANT

Consentimiento para la Vacunación

Información del niño (por favor imprímalo)

Apellido:		Primer Nombre:			Segundo Nombre:	
Dirección:		Apt #	Ciudad:	Condado:	Estado:	Código Postal:
Fecha de nacimiento: ___/___/___ (Mes/Día/Año)		Sexo: M F	Raza:	Edad:	Número Telefónico ()	

Nombre del Padre / Tutor

Apellido:		Primer Nombre:			Apellido Soltero:	
Fecha de nacimiento: ___/___/___ (Mes/Día/Año)		Sexo: M F	Raza:	Relacion al Niño Nombrado:		

Elegibilidad

El niño/niña nombrado arriba tiene derecho a recibir vacunas por medio del programa "Vacunas para Niños de Texas" porque él o ella (marque la categoría correspondiente, marque solamente una):

- No tiene seguro de salud*
- Recibe beneficios de Medicaid, Numero de Medicaid # _____ (TCPH mandara la factura de los servicios a Medicaid)
- Recibe beneficios del Children's Health Insurance Plan (CHIP) Numero de CHIP: # _____ (TCPH mandara la factura de los servicios a CHIP)
- Insuficiente cobertura (No asegurado para inmunizaciones)*
- Pertenece a una tribu indígena de los Estados Unidos o Pertenece a un grupo indígena de Alaska
- Tiene seguro de salud que cubre vacunas (no está elegible para TVFC- no pondrá recibir vacunas VFC en la escuela).

*** Falsificar información en este documento a sabiendas constituye un fraude. Al firmar este formulario, doy fe de que la información es verdadera y correcta. Declaro que la persona mencionada arriba es una persona autorizada y es elegible para recibir vacunas TVFC.**

Consentimiento para el Registro y Autorización de Intercambio Electrónico y Liberación de Información de Inmunización

Entiendo que, al otorgar el consentimiento, estoy autorizando la divulgación de información de vacunación del niño(a) a: (Ponga sus iniciales en las cajas)

- ➔ El Registro de Inmunizaciones del Condado Tarrant (TCIR),
- ➔ Yo entiendo que DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunizaciones del estado ("ImmTrac").

Una vez que la información de la inmunización del menor este en el registro, por ley la puede acceder:

- 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.

Al firmar este formulario, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi hijo en los registros seleccionados arriba. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.

Lista de verificación para las inmunizaciones de hoy

Para padres y tutores: Por favor, conteste estas preguntas marcando los cuadros.		
1. ¿Está enfermo hoy el niño?	Si	No
2. ¿Tiene el niño alergias a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	Si	No
3. ¿Ha padecido el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	Si	No
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones o enfermedad metabólica (como diabetes), asma o un desorden de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	Si	No
5. ¿Ha tenido el niño convulsiones, problemas del cerebro o del sistema nervioso? ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barre (un trastorno que ataca el sistema nervioso)?	Si	No
6. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	Si	No
7. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamentos que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	Si	No
8. Durante el año pasado, ¿ha recibido el niño una transfusión de sangre o de productos de sangre, o le han dado inmunoglobulina o gammaglobulina o algún medicamento antiviral?	Si	No
9. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	Si	No
10. ¿Ha recibido el niño alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	Si	No
Fecha de la viruela: ➔ _____ (Mes y año) o Fecha de la vacuna contra la viruela: ➔ _____		

CONSENTIMIENTO DE VACUNAS: Recibí una hoja con información sobre cada vacuna. Conozco los riesgos de las enfermedades que cada vacuna previene. Conozco los beneficios y riesgos de cada vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, las vacunas, y como son administradas las vacunas. Soy adulto, y soy la persona quien puede dar el consentimiento para que esta persona reciba las vacunas. Libremente y voluntariamente doy mi firma de consentimiento para estas vacunas.

Firma: _____	Fecha: _____	Signature _____	Date _____	Date VIS Given
Padre, tutor o custodio administrador		School Nurse		

Vaccine to be given	Date Given	Series	Mfg.	Lot #	VIS Date	Site	Given by
---------------------	------------	--------	------	-------	----------	------	----------

--	--	--	--	--	--	--	--