

Hardin County Health Department Immunization Consent & Eligibility Form

1135 REDWOOD, KOUNTZE, TX. 77625

IMMTRAC2 ID

Today's Date/Fecha de hoy: _____ Time In: _____

Patient's Last Name First Name Middle Name
Apellido del Paciente Primer Nombre Segundo Nombre

Date of Birth Age Sex
Fecha de Nacimiento Edad Sexo

Address/ Dirección Apt. #

Name of Consenting Adult/Nombre Del Adulto Consintiendo

City State Zip County
Ciudad Estado Código Postal Condado

Relationship to Patient Mother's Maiden Name
Relación con el Paciente Apellido Materno

()
Phone # with area code
de Teléfono con código de área

Medicaid # Eligibility Date

Answer the following questions:	Yes	No	Contesta las siguientes preguntas:	Si	No
Is the patient sick today?			¿Está el paciente enfermo hoy?		
Has the patient ever had chicken pox? If yes, at what age? _____			¿Ha tenido el paciente varicela? En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____		
Has the patient received vaccinations in the past 4 weeks?			¿Le aplicaron alguna vacuna al paciente durante las últimas 4 semanas?		
Does the patient have allergies to medications, food or vaccines?			¿Es alérgico el paciente a algún medicamento, alimento o vacuna?		
Has the patient had a serious reaction to a vaccine in the past?			¿Ha tenido el paciente alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?		
Has the patient, sibling or parent had a seizure or a brain problem?			¿Ha tenido el paciente, un hermano o padre convulsiones o algún problema del cerebro?		
Does the patient have cancer, leukemia, AIDS or any other immune system problem?			¿Ha tenido el paciente cáncer, leucemia, SIDA or cualquier otro problema del sistema inmunológico?		
Has the patient taken cortisone, prednisone, other steroids or anti-cancer drugs or had x-ray treatments in the past 3 months?			¿Ha tomado el paciente cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer o le han hecho tratamientos de radiación en los últimos 3 meses?		
Has the patient received a transfusion of blood or blood products or been given a medicine called immune (gamma) globulin in the past year?			¿Ha recibido el paciente una transfusión de sangre o productos de sangre o ha dado un medicamento llamado inmunoglobulina en el año pasado?		
Has the patient had a positive TB (tuberculosis) skin test?			¿Ha tenido el paciente una prueba de tuberculosis que resultó positiva?		
FEMALES ONLY: Is the patient pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month?			MUJERES SOLAMENTE: ¿Está la paciente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?		

Texas Vaccines for Children (TVFC) Eligibility:

Please check the first category that applies, check only one.

Por Favor, marque la primera categoría que aplique, marque sola una:

BIRTH – 18 YEARS OF AGE/AL NACIDO – 18 AÑOS

☐ Medicaid ☐ CHIP

☐ American Indian/ **Indio Americano**

☐ Alaskan Native/ **Nativo de Alaska**

☐ No health insurance/**No tiene seguro médico**

☐ Underinsured/ **Esta subasegurado:**

☐ Has health insurance, but vaccines are not covered; or

Tiene seguro médico, pero la cobertura no incluye las vacunas; o

☐ Health insurance covers only selected vaccines (eligible for non-covered vaccines only); or

El seguro cubre solo algunas vacunas (elegible para las vacunas no cubiertas; o

☐ Health insurance has a cap at a certain amount. Once that cap is reached, the child is eligible as underinsured.

El seguro limita la cobertura a cierta cantidad. Una vez alcanzada esa cantidad, el niño es elegible como subasegurado.

Adult Safety Net (ASN) Eligibility:

ADULTS (19 AND OLDER)

ADULTOS (19 AÑOS Y MAYOR):

☐ Does not have health insurance/**No tiene seguro médico**

Consent to Administer Vaccines: I have received or was offered a copy of the Vaccine Information Statement (VIS) for each vaccine checked below. I have read and understand the information in the VIS, including information about possible adverse reactions to vaccines. I have had the opportunity to ask questions about the immunizations I have requested. I requested that the Hardin County Health Department administer each vaccine checked below to me or to the person named above, for whom I am the legally appointed guardian. I further acknowledge that I have received or been offered the Hardin County Health Department’s HIPAA notice of privacy practice.

NOTE: 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 or ASN vaccine.

If you are consenting to vaccinations for another person for whom you are the legally appointed guardian, please initial here:

Consentimiento de Administración de Vacunas: *Recibí o se me ofreció una hoja con información sobre cada vacuna (VIS) marcadas abajo. Yo e leído y comprendo la información de cada VIS, incluyendo la información proveída sobre reacciones adversas de vacunas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las vacunas que deseo obtener. Es mi deseo que el personal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de la Ciudad de Hardin County administre cada una de las vacunas macadas abajo a mi o a la persona nombrada arriba, de la cual yo legalmente soy guardián. Finalmente, reconozco haber recibido o por lo menos haber recibido ofrecimiento del aviso de práctica privada (HIPAA) por la clínica de Hardin County Inmunización.*

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 arriba es una persona autorizada y reúne los requisitos para recibir vacunas del TVFC o ASN.

Si usted está dando consentimiento para vacunar a otra persona de la cual usted es guardián legal; sus iniciales son requeridas aquí: _____

Signature/Firma: _____

Date/Fecha: _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE / NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE / NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

FOR CLINIC USE ONLY - PARA USO DE LA CLINICA SOLAMENTE							
Vaccine		Dose	Mfg.	Lot #	Site	NOTES	
	Hepatitis B	1 2 3					
	DTaP	1 2 3 4 5					
	Td/Tdap						
	Hib	1 2 3 4					
	PCV	1 2 3 4					
	IPV	1 2 3 4					
	Rotavirus	1 2 3					
	MMR	1 2					
	Varicella	1 2					
	History of disease on:						
	HPV	1 2 3					
	Meningococcal	1 2					
	Meningococcal B	1 2					
	Hepatitis A	1 2					
	TVFC Flu					Referred to Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP): Yes or No	
	Zoster						
	Other:					Nurse:	Date:
	County Flu					Time Out:	
	PPD					Expiration Date:	Time: