

**Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas  
Suplemento para la Hoja de Información sobre  
la Vacuna Contra la Hepatitis B**

1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de la enfermedad que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, la vacuna y cómo se da esta vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir la enfermedad que esta vacuna previene.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

Vacuna que se va a dar:  Vacuna contra la Hepatitis B

| Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)                      |        |         |                                   |                      | Para uso de la clínica o de la oficina<br>Clínica/Office Address: |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Apellido                                                                                                       | Nombre | Inicial | Fecha de nacimiento<br>(mm/dd/aa) | Sexo<br>(marque uno) |                                                                   |                            |
|                                                                                                                |        |         |                                   | M                    | F                                                                 | Date Vaccine Administered: |
| Dirección                                                                                                      | Ciudad | Condado | Estado                            | Código postal        |                                                                   |                            |
|                                                                                                                |        |         | <b>TX</b>                         |                      |                                                                   |                            |
| Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal): |        |         |                                   |                      |                                                                   |                            |
| X _____                                                                                                        |        |         | Fecha _____                       |                      |                                                                   |                            |
| X Testigo                                                                                                      |        |         | Fecha _____                       |                      |                                                                   |                            |
|                                                                                                                |        |         |                                   |                      | Vaccine Manufacturer:                                             |                            |
|                                                                                                                |        |         |                                   |                      | Vaccine Lot Number:                                               |                            |
|                                                                                                                |        |         |                                   |                      | Site of Injection:                                                |                            |
|                                                                                                                |        |         |                                   |                      | Signature of Vaccine Administrator:                               |                            |
|                                                                                                                |        |         |                                   |                      | Title of Vaccine Administrator:                                   |                            |

**Notificación Sobre Privacidad** - Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Aviso sobre derechos de la vida privada: Yo admito haber recibido de mi proveedor de inmunización una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

**Notice:** Alterations or changes to this publication is prohibited without the express written consent of the Texas Department of State Health Services, Immunization Branch.

**Instructions: File this consent statement in the patient's chart.**

