



UNIVERSITY MEDICAL CENTER
LUBBOCK, TEXAS

PLEASE ATTACH PATIENT LABEL OR PROVIDE:

NAME _____

MRN _____ FIN _____



Texas Department of State Health Services
Apéndice a la Declaración Informativa sobre Vacunas referente a la vacuna inactivada o recombinante contra la influenza

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 que esta vacuna previene, la vacuna y cómo se da la 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: la vacuna inactivada contra la gripe Vacuna recombinante contra la influenza

DECLARACIÓN: Autorizo que se de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo.
También pido pago de beneficios del gobierno al agente que acepte la asignatura.

Provider Identification Number: _____

Medicare Health Insurance Claim Number: _____

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 Clinic/Office Address:	
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo (marque uno)		Date Vaccine Administered:
				M	F	
Dirección	Ciudad	Condado	Estado	Código postal		Vaccine Manufacturer:
			TX			Vaccine Lot Number:
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):						Site of Injection:
X	_____			_____		Signature of Vaccine Administrator:
X	Testigo _____			Fecha _____		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 retiene 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.

Texas Department of State Health Services
C-93A (08/15)

CDC VIS Revision (08/07/2015)

