



**UNIVERSITY MEDICAL CENTER
LUBBOCK, TEXAS**

PLEASE ATTACH PATIENT LABEL OR PROVIDE:

NAME _____
MRN _____ FIN _____



**Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas
Apéndice a la Hoja de Información sobre las primeras vacunas de su bebé**

1. Estoy de acuerdo en que la persona cuyo nombre aparece más abajo reciba las vacunas marcadas más abajo.
2. He recibido o se me ha ofrecido una copia de la Hoja de Información sobre Vacunas (VIS) para las vacunas listadas más abajo.
3. Estoy enterado de cuáles son los riesgos de las enfermedades que estas vacunas previenen.
4. Estoy enterado de cuáles son los beneficios y los riesgos de las vacunas.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades que las vacunas previenen, sobre las vacunas mismas y sobre cómo estas se administran.
6. Estoy enterado de que la persona cuyo nombre aparece más abajo recibirá en su cuerpo las vacunas para prevenir las enfermedades que estas vacunas previenen.
7. Soy un adulto legalmente facultado para autorizar que la persona cuyo nombre aparece más abajo reciba las vacunas. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que se le administren estas vacunas.

Vacunas que se van a administrar:

- Hepatitis B (HepB) Poliomielitis (IPV) Antineumocócica (PCV13)
 Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP) *Haemophilus influenzae tipo b (Hib)*

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, escriba en letra de molde)					
Apellido		Nombre		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo (marque uno) M F
Dirección: Calle		Ciudad	Condado	Estado TX	Código postal
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):					
X _____		Fecha _____		(mm/dd/aa)	
_____		Fecha _____		(mm/dd/aa)	
Testigo					

Para uso de la clínica o de la oficina Clinic/Office Address:
Vaccine Given:
Date Vaccine Administered:
Vaccine Manufacturer:
Vaccine Lot Number:
Site of Administration:
Signature of Vaccine Administrator:
Title of Vaccine Administrator:

Para uso de la clínica o de la oficina Clinic/Office Address:	Para uso de la clínica o de la oficina Clinic/Office Address:	Para uso de la clínica o de la oficina Clinic/Office Address:	Para uso de la clínica o de la oficina Clinic/Office Address:	Para uso de la clínica o de la oficina Clinic/Office Address:
Vaccine Given:				
Date Vaccine Administered:				
Vaccine Manufacturer:				
Vaccine Lot Number:				
Site of Administration:				
Signature of Vaccine Administrator:				
Title of Vaccine Administrator:				

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD: Con muy pocas excepciones, usted tiene derecho a pedir que se le informe y a ser informado sobre la información que el Estado de Texas retiene sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información cuando así lo solicite. También tiene derecho a pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se haya determinado que es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us> para obtener más información sobre la Notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004).

Aviso sobre privacidad: He recibido una copia del aviso sobre privacidad de la HIPAA de mi proveedor de inmunizaciones.

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-113A (10/2014)

CDC Interim VIS Revision (10/22/14)

