



6402 Louetta Road Suite 140
 Spring, Texas 77379
 281-251-8700

Consentimiento de Vacuna

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 informacion 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 como se da la vacuna.
6. Se 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.

Notificacion Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la informacion que el Estado de Texas reune sobre usted. A usted se le debe concede el derecho de recibir y revisar la informacion al requerirla. Usted Tambien tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier informacion que se ha determinado sea incorrecta. Dirijase a <http://www.dshs.texas.gov> para mas informacion sobre la Notificacion sobre privacidad. (Referencia: Government Code, seccion 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

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

Informacion sobre la person que va recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)				
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Sexo: M F
Direccion	Ciudad:	Condado:	Estado TX	Codigo Postal:
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre/tutor legal):				
x _____			Fecha: _____	
x _____			Fecha: _____	

Vaccine	Manufacturer	Lot Num	Injection Site	VIS Date
INFANRIX (DTAP) IM				08/06/2021
KINRIX (DTAP-IPV) IM				08/06/2021
PEDIARIX (DTAP-HepB-IPV) IM				08/06/2021 05/12/2023
HAVRIX (HepA) IM				10/15/2021
ENGERIX-B (HepB) IM				05/12/2023
HIBERIX (HIB) IM				08/06/2021
GARDASIL9 (HPV-9-VALENT) IM				08/06/2021
IPOL (IPV) SQ				08/06/2021
MENQUADFI (MCV4) IM				08/06/2021
MMR (MMR) SQ				08/06/2021
BEXSERO (MenB) IM				08/06/2021
PREVNAR 13 (PCV13) IM				05/12/2023
ROTARIX (ROTAVIRUS RV1) IM				10/15/2021
TENIVAC (TD) IM				08/06/2021
BOOSTRIX (TDAP) IM				08/06/2021
VARIVAX (VARICELLA) SQ				08/06/2021
PROQUAD (MMRV) SQ				08/06/2021
FLUZONE (FLU) IM				08/06/2021

Title of Vaccine Administrator: _____ Date/VIS Given: _____

Signature of Vaccine Administrator: _____