



**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

### **TVFC ELIGIBILITY**

El niño/niña nombrado arriba tiene derecho a recibir vacunas por medio del programa “Vacunas para Niños de Texas” porque él o ella (circule la categoría correspondiente, marque solamente una):

- A. recibe beneficios de MEDICAID,  
Numero de Medicaid: \_\_\_\_\_ Fecha de elegibilidad: \_\_\_\_\_
- B. no tiene seguro de salud o
- C. pertenece a una tribu indígena de los Estados Unidos o
- D. pertenece a un grupo indígena de Alaska o
- E. recibe beneficios del Children’s Health Insurance Plan (CHIP)  
Numero de CHIP: \_\_\_\_\_ Fecha de Elegibilidad: \_\_\_\_\_
- F. insuficiente cobertura: 1) tiene seguro de salud comercial (privado), no cubre vacunas; o 2) el seguro de salud solo cubre ciertas vacunas (TVFC-elegible para vacunas que no están cubiertas bajo el seguro de salud); o 3) el seguro de salud tiene una cantidad determinada de cobertura para vacunas. Una vez que el monto se alcance, el niño (a) es clasificado con cobertura insuficiente.
- G. tiene seguro de salud que cubre vacunas (no está elegible para TVFC)

*\* Falsificar información en este documento a sabiendas constituye un fraude. Al firmar este formulario, doy fe de que la información es verdadera y correcta. Declaro que la persona mencionada arriba es una persona autorizada y es elegible para recibir vacunas TVFC.*

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

### **IMMTRAC**

Entiendo que, al otorgar el consentimiento, estoy autorizando la divulgación de información de vacunación del niño(a) a Immtrac. Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre mi hijo en el Registro de ImmTrac y mi consentimiento para divulgar la información del Registro en cualquier momento mediante comunicación por escrito al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas

**ImmTrac Group - MC 1946  
PO Box 149347  
Austin , Texas 78714-9347**

Una vez que la información de la inmunización del menor este en el registro, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
- la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
- el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Al firmar este formulario, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi hijo en los registros seleccionados arriba.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_