

PRE-CONSENTED VACCINATION FORM

A



2615 Fannin Street Houston, Texas 77002
(PLEASE PRINT)

Phone: 713.803.1880

Fax: 713.652.5192

www.CHRISTUSFoundation.org

Child's First Name: _____ **Middle Name:** _____ **Last Name:** _____ **Gender:** M or F
Birth Date: _____ **Age:** _____ **Race/Ethnicity:** _____ **Phone:** _____ **Grade:** _____
Address: _____ **Apt#:** _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____ **County:** _____
Mother's First Name: _____ **Mother's Maiden Name:** _____

CHILD'S SCREENING QUESTIONS: **CIRCLE YES or NO for EACH question**

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Is the Child sick today? | YES | NO |
| 2. Does Child have allergies to medications, food, a vaccine component or latex? | YES | NO |
| 3. Has Child had a serious reaction to a vaccine in the past? | YES | NO |
| 4. Does/Has Child have health problems with lung, heart, kidney or metabolic disease ? | YES | NO |
| 5. Has the child or a family member had a seizure or brain disorder? Any brain or nervous system problem, such as Gullian Barre? | YES | NO |
| 6. Does the child or family member have cancer, leukemia, AIDS or any other immune system problem? | YES | NO |
| 7. In the past 6 months , has the child taken cortisone, prednisone , or other steroids or anticancer drugs or had radiation treatments ? | YES | NO |
| 8. In the past year, had child received a transfusion of blood or blood products or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug? | YES | NO |
| 9. Is the child/teen pregnant ? | YES | NO |
| 10. Has the Child had vaccines/ shots in last 4 weeks ? | YES | NO |
| 11. Has the child ever felt dizzy or faint before, during, or after a shot? | YES | NO |
| 12. Is the child anxious about getting a shot today? | YES | NO |

TVFC ELIGIBILITY:
(Texas Vaccines For Children Program)
Covers children from 2 months to 18 years of age and who meet the following criteria

Check those that apply to your Child

Has NO Health Insurance
 Has Medicaid
 Child is Native American Or Native Alaskan

***We are unable to service fully insured children and children with CHIP due to our inability to bill ***

Nurse Screener Signature (to verify parent/guardian responses): _____

In the box below is the list of vaccines your adolescent may need.

Date Given	X	Vaccine Given	Brand/Type	Lot #	Site Used (Circle Below)	VIS Date
		HEP A 1y-18y	GSK/Merck		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		HEP B 0-18y	GSK/Merck		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		HPV (Gardasil-9) 9y-18y	Merck		LA RA LT RT SQ IM	8/6/21
		IPV (Polio) 2mths- 18y	Sanofi		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		MCV4 (Menveo/MenQuadfi) 11-12 y age & one dose after 16 y	GSK/Sanofi		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		MEN B (Trumenba/Bexsero) 16y	Pfizer/GSK		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		PENBRAYA 16y-18y (MenACWY & MenB Trumenba)	Pfizer		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25, 1/31/25
		MMR 1y-18y	Merck		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		MMRV 4y-12y	Merck		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		Td 7y-9y or Hx of seizures	Sanofi		LA RA LT RT SQ IM	8/6/21
		Tdap 7y-18y	GSK/ Sanofi		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		Varicella 1y-18y	Merck		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		Influenza 6mths - 18y	GSK		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25

Vaccine Administrator's Signature and Credentials: _____ Provider #250126

PARENT/GUARDIAN CONSENT:
I request and voluntarily consent for the vaccine(s) to be given to the child listed above of whom I am the parent or legal guardian and having legal authority to make medical decisions on their behalf **to receive ALL vaccinations I or the child named above may need** unless otherwise specified below and any resulting necessary medical treatment in the event of allergic or other adverse reactions to the vaccines administered. I release and hold harmless the CHRISTUS Healthy Living Mobile Clinics from any and all liability related thereto.

Do NOT give my child the following vaccines: _____

I authorize CHRISTUS Healthy Living Mobile Clinics to contact me at the phone number listed above for the purpose of my child's healthcare needs.
Text: Agree Decline **Phone:** Agree Decline

X
Parent/Legal Guardian Signature _____ **Date** (consent is valid for 60 days) _____ **Relationship to Child** _____

FORMA DE PRE-CONSENTIMIENTO PARA VACUNAS

A



2615 Fannin Street Houston, Texas 77002 Phone: 713.803.1880
(CON LETRA DE MOLDE POR FAVOR)

Fax: 713.652.5192
www.CHRISTUSFoundation.org

Primer Nombre del Menor: Segundo Nombre: Apellido: Sexo: M o F

Fecha de Nacimiento: Edad: Etnia/Raza: Teléfono: Grado:

Dirección: #Apto: Ciudad: Estado: Zona Postal: Condado:

Nombre de la Madre: Apellido de Soltera de la Madre:

QUESTIONARIO DE CONTRAINDICACIONES DEL MENOR: CIRCULE SI o NO después de cada pregunta

1. ¿Está el menor enfermo hoy? SI NO
2. ¿Es **alérgico** el menor a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex? SI NO
3. ¿Tuvo alguna vez el menor una **reacción seria mareada, o desmayo** a una vacuna en el pasado? SI NO
4. ¿Ha tenido el menor problemas médicos con los **pulmones, corazón, riñones o enfermedad metabólica**? SI NO
5. ¿Ha tenido el menor o un familiar una convulsión o un trastorno cerebral? O ¿Algún problema - cerebral o del sistema nervioso, como el síndrome de Guillian Barre? SI NO
6. ¿Tiene el menor **cáncer, leucemia, SIDA** o algún otro **problema del sistema inmunitario**? SI NO
7. En los últimos **6 meses**, ¿ha tomado la menor cortisona, **prednisona** u otros **esteroides** o **¿medicamentos contra el cáncer** o tuvo **tratamientos de radiación**? SI NO
8. En el último año, ¿el menor recibió una **transfusión** de sangre o productos sanguíneos o recibió **inmunoglobulina (gamma)** o un medicamento **antiviral**? SI NO
9. ¿Está **embarazada** la menor/adolescente? SI NO
10. ¿Ha recibido el menor vacunas / vacunas en las **últimas 4 semanas**? SI NO
11. ¿El menor se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección? SI NO
12. ¿El menor está ansioso por recibir la vacuna hoy? SI NO

ELIGIBILIDAD para el programa de Vacunas para Niños de Texas (TVFC) por sus siglas en Ingles:

El programa cubre niños de 2 meses a 18 años de edad que cumplan con los siguientes criterios:

Marque lo que aplique para su Niño/Niña

- NO Tiene Seguro Medico
- Tiene MEDICAID
- Es Nativo Americano O Nativo de Alaska

*** No podemos brindar servicio a niños con seguro medio completo ni a niños con CHIP debido a nuestra incapacidad para facturar ***

Nurse Screener Signature (to verify parent/guardian responses): _____

En la caja adjunta está la lista de las vacunas que su adolescente podría necesitar.

Date Given	X	Vacuna Administrada	Brand/Type	Lot #	Site Used (Circle Below)	VIS Date
		HEP A 1y-18y	GSK/Merck		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		HEP B 0-18y	GSK/Merck		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		VPH (Gardasil-9) 9y-18y	Merck		LA RA LT RT SQ IM	8/6/21
		IPV (Polio) 2mths - 18y	Sanofi		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		MCV4 (Menveo/MenQuadfi) 11-12 y. age & one dose after 16 y	GSK/Sanofi		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		MEN B (Trumenba/Bexsero) 16y.	Pfizer/GSK		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		PENBRAYA 16y-18y (MenACWY & MenB Trumenba)	Pfizer		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25, 1/31/25
		MMR 1y-18y	Merck		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		MMRV 4y-12y	Merck		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		Td 7y-9y or Hx of seizures	Sanofi		LA RA LT RT SQ IM	8/6/21
		Tdap 7y-18y	GSK/ Sanofi		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		Varicella 1y-18y	Merck		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25
		Influenza 6mths -18y	GSK		LA RA LT RT SQ IM	1/31/25

Vaccine Administrator's Signature and Credentials: _____

Provider #250126

CONSENTIMIENTO DE PADRES/TUTOR:

Solicito y voluntariamente doy mi consentimiento para que se le administren la vacuna(s) al menor mencionado arriba, de quien soy padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones medicas en su nombre para **recibir TODAS las vacunas que yo o el menor pueda necesitar** a menos que se especifique lo contrario a continuación y cualquier tratamiento médico necesario resultante en caso de reacciones alérgicas u otras reacciones adversas a las vacunas administradas. Libero y eximo de responsabilidad a las clínicas móviles CHRISTUS Healthy Living Mobile Clinics de toda responsabilidad relacionada con ellos.

NO le dé a mi hijo/a las siguientes vacunas: _____

Autorizo a CHRISTUS Healthy Living Mobile Clinics a ponerse en contacto conmigo al número de teléfono arriba indicado con el fin de discutir la atención medica de mi menor. **Mensaje de Texto:** Aceptar || Rechazar **Teléfono:** Aceptar || Rechazar

X

Firma de Padre/Tutor legal

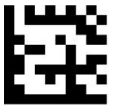
Fecha (el consentimiento es válido durante 60 días)

Relación con el menor



Texas Immunization Registry (ImmTrac2) Minor Consent Form

B



First Name Middle Name Last Name
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Child's Sex: Male Female Telephone Email address

Address Apartment # / Building #

City State Zip Code County

Mother's First Name Mother's Maiden Name

Race (select all that apply) Ethnicity (select only one)
American Indian or Alaska Native Asian Black or African-American Hispanic or Latino
Native Hawaiian or Other Pacific Islander White Other Race Not Hispanic or Latino
Recipient Refused Other

The Texas Immunization Registry (ImmTrac2) is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). ImmTrac2 is a secure and confidential service that consolidates and stores your immunization records.

Consent for Registration of Release of Immunization Records to Authorized Persons/Entities
I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of my immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in ImmTrac2.

State law permits the inclusion of immunization records for first responders and their immediate family members in ImmTrac2. A "first responder" is defined as a public safety employee or volunteer whose duties include responding rapidly to an emergency.

Please mark the box below to indicate whether you are an immediate family member of a first responder.
I am a FIRST RESPONDER. I am an IMMEDIATE FAMILY MEMBER of a first responder.

By my signature below, I GRANT consent for registration. I wish to INCLUDE my information in the Texas Immunization Registry. Individual (or individual's legally authorized representative):
Printed Name Signature Date

Privacy Notification: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request.

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.

Questions? Tel: 800-252-9152 • Fax: 512-776-7790 • https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/
Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347



Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2)
Consentimiento para menores de edad



Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) Sexo del menor: Femenino Masculino Teléfono Correo electrónico

Dirección Núm. de apartamento o edificio

Ciudad Estado Código postal Condado

Nombre de la madre Apellido de soltera

Form with checkboxes for Race (Indio americano, Asiático, Negro, etc.) and Ethnic Group (Hispanic, No hispano, etc.)

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2), es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación.

Consentimiento para incluir en el registro y para divulgar sus datos a las entidades autorizadas
Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en ImmTrac2.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en ImmTrac2. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia médica.

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted es un socorrista on un familiar directo de un socorrista.
Soy un SOCORRISTA. Soy FAMILIAR DIRECTO de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mis datos en ImmTrac2.
La persona (o su representante legalmente autorizado):
Nombre escrito a mano Firma Fecha

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y recibir información sobre los datos que el estado de Texas recabe sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo solicita.

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to the Texas Immunization Registry. Retain this form in your client's record.

Questions? Tel: 800-252-9152 • Fax: 512-776-7790 • https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/
Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347



**The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth Houston)
School of Public Health**
HSC-SPH-20-0356

INFORMED CONSENT TO TAKE PART IN RESEARCH

You are invited:

We would like to invite you to take part in a project called, “*All for Them: A multilevel strategy for HPV-related cancer prevention*”, conducted by Dr. Paula Cuccaro of UTHealth Houston. This project is a collaboration between researchers, healthcare providers, and educators at the UTHealth Houston School of Public Health, Cizik School of Nursing at UTHealth Houston, McGovern Medical School at UTHealth Houston, Baylor College of Medicine, Texas Children’s Mobile Clinic Program, Memorial Hermann Health Centers for Schools, CHRISTUS Foundation for HealthCare, the University of North Texas Health Science Center, Tarrant County Public Health, and the following school districts:

- Aldine Independent School District (AISD)**
- Fort Worth Independent School District (FWISD)**
- Goose Creek Consolidated Independent School District (GCCISD)**
- Houston Independent School District (HISD)**

You are eligible to take part in this project if you are a parent or guardian who has a child attending a participating middle, junior, or high school in the school districts listed above.

Why we are doing this project:

- To make immunizations available to students in the participating school districts at no cost.
- To increase the percentage of students who complete the HPV vaccine series.
- To help you make sure your child’s school district has the most current information on your child’s immunization records.

How the project works:

The *All for Them* clinic where your child is receiving vaccinations is part of this project. After your child has received their immunizations at the vaccine clinic, we would like your help in collecting the following information about your child:

- name
- date of birth
- county your child lives in
- gender
- race/ethnicity
- grade level
- vaccines given (with dosage type for HPV vaccine)
- whether they received an HPV vaccine reminder card
- whether they participated in previous years of the project

After we collect the information listed above, we will provide your child’s name, date of birth, and vaccines given to the school district’s nurse to update your child’s school immunization records.

Total time commitment: 5 minutes (after your child receives their immunizations)

Confidentiality: Your child will not be personally identified in any reports or publications that may result from this project.

Any information provided would be kept private. Your child's name, date of birth, and vaccines given will only be collected so that the school district's nurse can update your child's school immunization records, as described above.

Project withdrawal: Taking part in this project is voluntary. You can withdraw at any time. If you do not want to take part, this decision will not affect your child's grades or the services available to you or your child at school. The information collected will be used up to the point of your project withdrawal.

Alternatives: The only alternative is to not take part in the project.

Benefits: Your child is receiving free immunizations as part of this project. As an additional benefit, we will let the school district know which immunizations your child received so that you don't have to. You may not receive any other direct benefit from taking part in this project. The information you provide will help us develop better vaccination programs for adolescents.

Risks and/or discomforts: There are no known risks to taking part in this project. The only possible risk may be breach of confidentiality.

Reimbursement/Compensation: There is no compensation to take part in this project.

Questions: You can contact Dr. Paula Cuccaro at 713-500-9684 if you have any questions about this study.

By signing this form, I agree to provide the information listed above regarding immunizations my child received at the *All for Them* clinic and for UTHHealth Houston to provide this information to the school district nurse:

Parent/Guardian Name (Please Print): _____

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

Child's Name: _____

Child's Date of Birth: _____

Name of School District: _____

Name of Child's School: _____

Child's Grade Level: _____

Parent Telephone Number: _____

If you have any questions about this project, please contact project staff at allforthem@uth.tmc.edu. This research project has been reviewed by the Committee for the Protection of Human Subjects (CPHS) of the University of Texas Health Science Center at Houston (HSC-SPC-20-0356). For any questions about your rights as a research participant, call CPHS at (713) 500-7943.

El Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Tejas (UTHealth Houston) Escuela de Salud Pública

HSC-SPH-20-0356

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Lo invitamos a participar:

Nos gustaría invitarlo(a) a tomar parte en un proyecto dirigido por la doctora Paula Cuccaro de UTHealth Houston llamado *“Todo es Para Ellos: Una estrategia multinivel para la prevención del cáncer relacionado con el VPH”*. Este proyecto ha sido desarrollado en colaboración entre investigadores, proveedores de salud, y educadores de la Escuela de Salud Pública de UTHealth Houston, la Escuela de Enfermería Cizik de UTHealth Houston, la Escuela de Medicina McGovern de UTHealth Houston, la Universidad de Medicina de Baylor, Programa de Clínicas Móviles de Texas Children’s Hospital, Centros de Salud para Escuelas de Memorial Hermann, Fundación para la Salud CHRISTUS, el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte de Tejas, Servicios de Salud Pública del Condado de Tarrant y los siguientes distritos escolares:

Distrito Escolar Independiente de Aldine (AISD)

Distrito Escolar Independiente de Fort Worth (FWISD)

Distrito Escolar Independiente Consolidado de Goose Creek (GCCISD)

Distrito Escolar Independiente de Houston (HISD)

Usted es elegible para participar en este proyecto si usted es padre, madre, o guardián de un(a) hijo(a) que asiste a una escuela secundaria o preparatoria de uno de los distritos escolares mencionados anteriormente.

Por qué estamos haciendo este proyecto:

- Para que las vacunas sean disponibles para los estudiantes de los distritos escolares participantes sin costo alguno.
- Para incrementar el porcentaje de estudiantes que completan la serie de vacunas contra el VPH.
- Para ayudarle a asegurarse de que el distrito escolar tenga la información más actualizada sobre los registros de vacunación de su hijo(a).

Cómo funciona el proyecto:

La clínica del programa *Todo es Para Ellos* donde su hijo(a) está recibiendo las vacunas es parte de este proyecto. Después de que su hijo(a) haya recibido las vacunas en la clínica, nos gustaría su ayuda para obtener la siguiente información sobre el/ella:

- nombre
- fecha de nacimiento
- condado en que su hijo(a) vive
- sexo
- raza / etnia
- grado escolar
- vacunas administradas (con el tipo de dosis para la vacuna contra el VPH)
- si recibieron una tarjeta recordatoria de la vacuna contra el VPH
- si participaron en años anteriores del proyecto

Después de obtener esta información, le proporcionaremos a la enfermera(o) del distrito escolar el nombre de su hijo(a), la fecha de nacimiento y las vacunas que se le dieron para que ella/el actualice los registros de vacunación escolar de su hijo(a).

Compromiso de tiempo total: 5 minutos (después de que su hijo(a) reciba las vacunas)

Confidencialidad:

Su hijo(a) no será identificado personalmente en ningún informe o publicación que pueda resultar de este proyecto. Cualquier información proporcionada se mantendrá privada. Como le explicamos anteriormente, el nombre de su hijo(a), la fecha de nacimiento y las vacunas administradas solo se obtendrán para que la enfermera del distrito escolar pueda actualizar los registros de vacunación escolar de su hijo(a).

Retiro del proyecto:

Su participación en este proyecto es voluntaria. Puede retirarse del proyecto en cualquier momento. Si no desea participar, esta decisión no afectará de ningún modo la educación o los servicios disponibles para usted o su hijo(a) en la escuela. La información obtenida se utilizará hasta el momento de su retiro del proyecto.

Alternativas: La única alternativa es no participar en el proyecto.

Beneficios:

Su hijo(a) está recibiendo vacunas gratuitas como parte de este proyecto. Como beneficio adicional, le informaremos al distrito escolar qué vacunas recibió su hijo(a) para que usted no tenga que hacerlo. Puede que no reciba ningún otro beneficio directamente por participar en este proyecto. La información que usted nos proporcione nos ayudará a desarrollar mejores programas de vacunación para adolescentes.

Riesgos o Incomodidades:

No se conoce ningún riesgo por participar en este proyecto. El único riesgo posible podría ser el incumplimiento de la confidencialidad.

Reembolso/Compensación: No hay compensación por participar en este proyecto.

Preguntas: Puede comunicarse con la Dra. Paula Cuccaro al 713-500-9684 si tiene alguna pregunta sobre este estudio.

Al firmar este formulario, acepto proporcionar la información mencionada anteriormente con respecto a las vacunas que mi hijo(a) recibió en la clínica de *Todo es Para Ellos* y para que UTHHealth Houston proporcione esta información a la enfermera(o) del distrito escolar:

Nombre y apellido del Padre/Madre/Guardián Legal (En letra de molde): _____

Firma del Padre/Madre/Guardián Legal: _____

Fecha: _____

Nombre y apellido de su hijo(a): _____

Fecha de nacimiento de su hijo(a): _____

Nombre del distrito escolar de su hijo(a): _____

Nombre de la escuela de su hijo(a): _____

El nivel de grado de su hijo(a): _____

Numero de teléfono del padre/madre/guardián: _____

Si usted tiene preguntas sobre este estudio, puede contactar a nuestro equipo al allforthem@uth.tmc.edu. Este proyecto de investigación sido revisado y aprobado por el Comité para la Protección de Sujetos Humanos (CPHS) del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Houston (HSC-SPC-20-0356). Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como participante, puede llamar al CPHS al número (713) 500-7943.



IRB NUMBER: HSC-SPH-20-0356
IRB APPROVAL DATE: 08/01/2024