PRE-CONSENTED VACCINATION FORM

A

CHRISTUS Healthy Living Mobile Clinics

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

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

TVFC ELIGIBILTY:
(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 *****

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**

CHRISTUS Healthy Living Mobile Clinics
2615 Fannin Street Houston, Texas 77002 Phone: 713.803.1880 Fax: 713.652.5192
www.CHRISTUSFoundation.org

(CON LETRA DE MOLDE POR FAVOR)

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

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

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 *****

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 Health and Human Services | Texas Department of State Health Services

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. With your consent, your immunization information will be included in ImmTrac2. Doctors, public health departments, schools, and other authorized professionals can access your immunization history to ensure that important vaccines are not missed. For more information, see Texas Health and Safety Code § 161.007 (d). *https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007*.

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. Once in ImmTrac2, my immunization information may by law be accessed by a public health district or local health department, for public health purposes within their areas of jurisdiction; a physician, or other health care provider legally authorized to administer vaccines, for treating the individual as a patient; a state agency having legal custody of the individual; a Texas school in which the individual is enrolled; and a payor, currently authorized by the Texas Department of Insurance to operate in Texas, regarding coverage for the individual. I understand that I may withdraw this consent at any time by submitting a completed Withdrawal of Consent Form in writing to the Texas DSHS, 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.
An "immediate family member" is defined as a parent, spouse, child, or sibling who resides in the same household as the first responder.
For more information, see Texas Health and Safety Code § 161.00705. *https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705*.

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. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See *http://www.dshs.texas.gov* for more information.
(Reference: Tex. Gov. Code, § 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

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

TEXAS Health and Human Services | Texas Department of State Health Services

Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2)

Consentimiento para menores de edad

B

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 _____

Raza (seleccione todos los que correspondan):

☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano
☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro
☐ Se negó a contestar

Grupo étnico (seleccione solo una):

☐ Hispanic o latino
☐ No hispano o latino
☐ Otro

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. Al darnos usted su consentimiento, los datos sobre sus vacunas se incluirán en el ImmTrac2. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes. Para más información consulte la § 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en *https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007*.

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. Una vez que la información sobre mis vacunas esté en ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un distrito de salud pública o departamento de salud local, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; un médico u otro proveedor de salud legalmente autorizado para aplicar vacunas, como parte del tratamiento como su paciente; una dependencia estatal que tenga custodia sobre mi; una escuela o guardería en la que el niño esté inscrito; un pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con mi cobertura con una póliza de dicho pagador.
Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al ImmTrac2 del Texas DSHS.

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. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Para más información, consulte la § 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas.
https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705.

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. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio *http://www.dshs.texas.gov* para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, § 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

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

Texas Department of State Health Services
Immunization Section

Stock No. C-7
Rev. 02/2026

C

UTHealth Houston
School of Public Health

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, health care providers, and educators at the UTHealth Houston School of Public Health and other community institutions and organizations, including:

Spring Independent School District (SISD)

You are eligible to take part in this project if you are a parent or guardian who has a child attending a participating middle school in Spring ISD.

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 UTHealth 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.

C

UTHealth Houston
School of Public Health

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, otras instituciones y organizaciones comunitarias, y:

Distrito Escolar Independiente de Spring (SISD)

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 participante de Spring ISD.

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 du 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 UTHealth 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.