

TEXAS CHILDREN'S MOBILE CLINIC PROGRAM - CONSENT FORM (AGES 7 AND UP)



PLEASE SEND A COPY OF YOUR CHILD'S SHOT RECORD

Complete with Blue or Black PEN (not PENCIL): All sections are required

STUDENT INFORMATION:

Last Name	First Name, Middle Initial	Birth Date (Month/Date/Year)	Age	Male _____ Female _____
Address		City/State	Zip Code	Grade
Parent/Guardian Name		Contact Number 1	Contact Number 2	
Name of person completing the form and person's relationship to child Name: _____ <input type="checkbox"/> Parent/Guardian <input type="checkbox"/> Other, Please specify:				

PARENT OR GUARDIAN: Initial ALL that apply (FIRST 3 MUST BE INITIALED)

! Healthcare Worker Exposure: I understand that if a provider is exposed to my child's blood, the provider will take a small amount of blood to test for certain infections. I understand the results will be confidential.	X _____
! Privacy: I received the Texas Children's Joint Notice of Privacy Practices. It explains how information in my child's medical or billing records can be used or disclosed.	X _____
! Risks and Benefits: I have had the opportunity to ask questions, and all questions have been answered to my satisfaction.	X _____
Human Papilloma Virus (HPV) Vaccine: I have been given a copy and have read the information in the "Vaccine Information Statement" dated 8/6/21 (VIS) and want the HPV vaccine to be given to my child.	X _____
Varicella (Chicken Pox) Vaccine: I have been given a copy and have read the information in the "Vaccine Information Statement" dated 8/6/21 (VIS) and want the Varicella vaccine to be given to my child.	X _____
Hepatitis A Vaccine: I have been given a copy and have read the information in the "Vaccine Information Statement" dated 10/15/21 (VIS) and want the Hepatitis A vaccine to be given to my child.	X _____
Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis) Vaccine: I have been given a copy and have read the information in the "Vaccine Information Statement" dated 8/6/21 (VIS) and want the Tdap vaccine to be given to my child.	X _____
Meningococcal (MCV4) Vaccine: I have been given a copy and have read the information in the "Vaccine Information Statement" dated 8/6/21 (VIS) and want the MCV4 vaccine to be given to my child.	X _____
Hepatitis B Vaccine: I have been given a copy and have read the information in the "Vaccine Information Statement" dated 5/12/23 (VIS) and want the Hepatitis B vaccine to be given to my child.	X _____
IPV (Inactivated Polio Vaccine): I have been given a copy and have read the information in the "Vaccine Information Statement" dated 8/6/21 (VIS) and want the IPV vaccine to be given to my child.	X _____
Td (Tetanus) Vaccine: I have been given a copy and have read the information in the "Vaccine Information Statement" dated 04/01/2020 (VIS) and want the Td vaccine to be given to my child.	X _____
MMR (Measles, Mumps, Rubella) Vaccine: I have been given a copy and have read the information in the "Vaccine Information Statement" dated 8/6/21 (VIS) and want the MMR vaccine to be given to my child.	X _____
Influenza Inactivated Vaccine: I have been given a copy and have read the information in the "Vaccine Information Statement" dated 8/6/21 (VIS) and want the Influenza vaccine to be given to my child.	X _____

By providing my signature, I acknowledge the above statements are true and give consent where initialed.

X _____
Signature
Date
Time

BELOW ONLY FOR MOBILE CLINIC STAFF USE

Vaccine	Initial if Given	Vaccine	Initial if Given	Vaccine	Initial if Given
HPV		MCV4		MMR	
Varicella		Hep B		MMRV	
Hep A		IPV		Influenza	
Tdap		Td		Other _____	

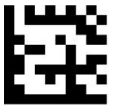
Mobile Clinic Staff/Provider Name: _____

Mobile Clinic Staff/Provider Signature: _____ Date: _____



Texas Immunization Registry (ImmTrac2) Minor Consent Form

B



First Name, Middle Name, Last Name, Date of Birth, Child's Sex, 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)

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.

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):

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

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.

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

Texas Vaccines for Children Program Patient Eligibility Screening Record

A record of all children 18 years of age or younger who receive immunizations through the Texas Vaccines for Children (TVFC) Program must be kept in the health care provider's office for a minimum of five (5) years. The record may be completed by the parent, guardian, individual of record, or by the health care provider. TVFC eligibility screening and documentation of eligibility status must take place with each immunization visit to ensure eligibility status for the program. While verification of responses is not required, it is necessary to retain this or a similar record for each child receiving vaccines under the TVFC Program.

1. Child's Name: / /
Last Name First Name MI
2. Child's Date of Birth: / /
3. Parent, Guardian, or Individual of Record: / /
Last Name First Name MI
4. Primary Provider's Name: / /
Last Name First Name MI
5. To determine if a child (0 through 18 years of age) is eligible to receive federal vaccine through the TVFC Program, at each immunization encounter or visit, enter the date and mark the appropriate eligibility category. *If Column A - F is marked, the child is eligible for the TVFC Program. If column G is marked the child is not eligible for federal VFC vaccine.*

	Eligible for VFC Vaccine				State Eligible		Not Eligible
	A	B	C	D	E	F	G
Date	Medicaid Enrolled	No Health Insurance	American Indian or Alaskan Native	*Underinsured served by FQHC, RHC, or deputized provider	** Other underinsured	*** Enrolled in CHIP	Has health insurance that covers vaccines
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Underinsured includes children with health insurance that does not include vaccines or only covers specific vaccine types. Children are only eligible for vaccines that are not covered by insurance. In addition, to receive VFC vaccine, underinsured children must be vaccinated through a Federally Qualified Health Center (FQHC), a Rural Health Clinic (RHC), or under an approved deputized provider. The deputized provider must have a written agreement with an FQHC or an RHC and the state, local, or territorial immunization program in order to vaccinate underinsured children.*

*** Other underinsured are children that are underinsured but are not eligible to receive federal vaccine through the TVFC Program because the provider or facility is not an FQHC or an RHC, or a deputized provider. However, these children may be served if vaccines are provided by the state program to cover these non-TVFC eligible children.*

**** Children enrolled in separate state Children's Health Insurance Program (CHIP). These children are considered insured and are not eligible for vaccines through the VFC Program. Each state provides specific guidance on how CHIP vaccine is purchased and administered through participating providers.*

<p>Medicaid:</p> <p>Medicaid Number: <input type="text"/></p> <p>Date of Eligibility: <input type="text"/></p>	<p>CHIP:</p> <p>CHIP Number: <input type="text"/></p> <p>Group Number: <input type="text"/></p> <p>Date of Eligibility: <input type="text"/></p>
---	---

<p>Private Insurance:</p> <p>Name of Insurer: <input type="text"/></p> <p>Insurance Name: <input type="text"/></p>	<p>Insurer Contact Number: <input type="text"/></p> <p>Policy or Subscriber Number: <input type="text"/></p>
---	--

Programa de Vacunas para los Niños de Texas Registro de la determinación de elegibilidad del paciente

En el consultorio del proveedor de servicios de salud debe mantenerse, durante un mínimo de cinco (5) años, un registro de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre aparece en el registro, o el proveedor de servicios de salud. En cada visita para inmunización debe determinarse y documentarse el estado de elegibilidad para el TVFC a fin de asegurar que el menor es elegible para el programa. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

1. Nombre del menor:

Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.o nombre
2. Fecha de nacimiento del menor: / /
3. Padre, tutor o individuo del registro:

Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.o nombre
4. Nombre del proveedor primario:

Apellido
Primer nombre
Inicial del 2.o nombre
5. Para determinar si un menor (de 0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales por medio del Programa TVFC, en cada cita o visita para inmunización anote la fecha y marque la categoría de elegibilidad apropiada. *Si marca una columna de la A a la F, el menor es elegible para el Programa TVFC. Si marca la columna G, el menor no es elegible para las vacunas federales VFC.*

	Elegible para las vacunas VFC				Elegible con programa estatal		No elegible
	A	B	C	D	E	F	G
Fecha	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indoamericano o nativo de Alaska	*Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado	** Otras situaciones de seguro insuficiente	*** Inscrito en el CHIP	Tiene seguro médico que cubre vacunas
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* El seguro insuficiente incluye a los niños cuyo seguro médico no incluye vacunas o solo cubre ciertos tipos específicos de vacunas. Los niños solo son elegibles para recibir vacunas que no están cubiertas por el seguro. Además, para recibir las vacunas de VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados en un Centro de Salud Federalmente Acreditado (FQHC), en una Clínica de Salud Rural (RHC), o por un proveedor delegado autorizado. El proveedor delegado debe tener un contrato por escrito con un FQHC o una RHC y con el programa de inmunización estatal, local o territorial para poder vacunar a los niños con seguro insuficiente.

** Otros niños con seguro insuficiente son aquellos que, aunque están insuficientemente asegurados, no son elegibles para recibir las vacunas federales por medio del Programa TVFC porque el proveedor o centro no es un FQHC, o una RHC, o un proveedor delegado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son proporcionadas por el programa estatal para dar cobertura a los niños que no son elegibles para el TVFC.

*** Niños inscritos en el programa estatal separado CHIP (Children's Health Insurance Program). Estos niños se consideran asegurados y no son elegibles para recibir vacunas mediante el Programa VFC. Cada estado proporciona orientación específica sobre cómo se adquieren y administran las vacunas del CHIP a través de los proveedores participantes.

Medicaid: Número de Medicaid: <input type="text"/> Fecha de elegibilidad: <input type="text"/>	CHIP: Número de CHIP: <input type="text"/> Número de grupo: <input type="text"/> Fecha de elegibilidad: <input type="text"/>
---	--

Seguro privado: Nombre de la aseguradora: <input type="text"/> Nombre del seguro: <input type="text"/>	Número de contacto de la aseguradora: <input type="text"/> Número de póliza o del asegurado: <input type="text"/>
---	--

Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens

PATIENT NAME _____

DATE OF BIRTH / /
month / day / year

D

For parents/guardians: The following questions will help us determine which vaccines your child may be given today. If you answer “yes” to any question, it does not necessarily mean your child should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

	yes	no	don't know
1. Is the child sick today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the child have allergies to medicine, food, a vaccine component, or latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Does the child have a long-term health problem with heart, lung (including asthma), kidney, liver, nervous system, or metabolic disease (e.g., diabetes), a blood disorder, no spleen, a cochlear implant, or a spinal fluid leak? Are they taking regular aspirin or salicylate medication?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. For children age 2 through 4 years: Has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. For babies: Have you ever been told the child had intussusception?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had a brain or other nervous system problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Has the child ever been diagnosed with a heart condition (myocarditis or pericarditis) or have they had Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C) after an infection with the virus that causes COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Does the child have an immune-system problem such as cancer, leukemia, HIV/AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. In the past 6 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs to treat rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Does the child's parent or sibling have an immune system problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. In the past year, has the child received immune (gamma) globulin, blood/blood products, or an antiviral drug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Is the child/teen pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Has the child ever felt dizzy or faint before, during, or after a shot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Is the child anxious about getting a shot today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORM COMPLETED BY _____ DATE _____

FORM REVIEWED BY _____ DATE _____

Did you bring your immunization record card with you? yes no

It is important to have a personal record of your child's vaccinations. If you don't have one, ask the child's healthcare provider to give you one with all your child's vaccinations on it. Keep it in a safe place and bring it with you every time you seek medical care for your child. Your child will need this document to enter day care or school, for employment, or for international travel.



Lista de verificación de contradicciones de las vacunas para niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

D

FECHA DE NACIMIENTO / /
mes día año

Para padres/tutores: las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden administrar hoy a su hijo. Si responde “sí” a alguna pregunta, no significa necesariamente que su hijo no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer otras preguntas. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿El niño está enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El niño tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El niño ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿El niño tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedades cardíacas, pulmonares (incluida asma), renales, hepáticas, del sistema nervioso o metabólicas (p. ej., diabetes), un trastorno de la sangre, ausencia de bazo, implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está tomando regularmente aspirina o medicamento con salicilato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Para niños de 2 a 4 años: ¿Le ha dicho un proveedor de atención médica que el niño ha tenido sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Para bebés: ¿Le han dicho alguna vez que el niño tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño, un hermano o un padre ha tenido una convulsión? ¿El niño ha tenido un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se le ha diagnosticado alguna vez al niño una condición cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha tenido síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-C) después de una infección con el virus que causa el COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿El niño tiene algún problema con el sistema inmunitario, como cáncer, leucemia, VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En los últimos 6 meses, ¿el niño ha tomado medicamentos que afectan al sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o fármacos contra el cáncer; fármacos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido radioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tienen los padres o los hermanos del niño algún problema con el sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Durante el año pasado, ¿el niño ha recibido globulina inmunitaria (gamma), hemoderivados o un fármaco antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿La niña/adolescente está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿El niño ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿El niño se ha mareado o desmayado alguna vez antes, durante o después de una inyección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿El niño está ansioso por ponerse una inyección hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO COMPLETADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____

¿Trajo la tarjeta de registro de inmunización? sí no

Es importante tener un registro personal de las vacunas de su hijo. Si no tiene uno, pida al proveedor de atención médica del niño que le proporcione uno con todas las vacunas de su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévalo consigo cada vez que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará este documento para acceder a la guardería o a la escuela, para trabajar o para viajes internacionales.





**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.



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

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