TEXAS CHILDREN'S MOBILE CLINIC PROGRAM - CONSENT FORM

A

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	Homeroom Teacher/Grade

Parent/Guardian Name:	Contact Number 1:	Contact Number 2:

Name of person completing the form and person's relationship to child:

Name: ☐Parent/Guardian ☐ Other, Specify

PARENT OR GUARDIAN: ***** (FIRST 2 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 acknowledge that I have received a patient information packet, including the Notice of Privacy Practices.	X_____
PARENT OR GUARDIAN: *** Initial ALL that apply*******	
Human Papilloma Virus (HPV) Vaccine: I have been given a copy and have read the information in the "Vaccine Information Statement" dated 8/6/2021 (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 08/6/2021 (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 07/28/2020 (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 8/6/2021 (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 8/6/2021 (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 08/15/2019 (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 8/6/2021 (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 8/6/2021 (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 8/6/2021 (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 8/6/2021 (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**

BELOW ONLY FOR MOBILE CLINIC STAFF USE

Vaccine	Site	Manufacturer/lot#	Exp. Date	Vaccine	Site	Manufacturer/lot#	Exp. Date
HPV				Hep B			
Varicella				IPV			
Hep A				Td			
Tdap				MMR			
MCV4				Influenza			

Mobile Clinic Staff/Provider Signature: _____ Date: _____

Updated 9/2/2021 SM

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PROGRAMA DE TEXAS CHILDREN'S CLÍNICAS MÓVILES

A

POR FAVOR, ENVÍE UNA COPIA DE LA TARJETA DE VACUNAS DE SU HIJO O HIJA

Complete con pluma NEGRA o AZUL (No use LAPIZ). Todas las secciones son requeridas.

Información del estudiante:

Apellido:	Primer nombre/Inicial	Fecha de nacimiento	Edad	Masculino _____ Femenino _____

Dirección:	Ciudad:/Estado	Código Postal	Maestro/Grado:

Nombre del Madre / Padre/ Guardián	Número de Contacto 1:	Número de Contacto 2:

Nombre de la persona completando esta forma y su relación con el niño/la niña:
Nombre: □ Madre/Padre/Guardián □ Otro, explique:

MADRE O PADRE O GUARDIÁN: **** (Sus iniciales son requeridas en los dos primeros espacios)*****

Exposición de los trabajadores de atención médica: Entiendo que si un proveedor está expuesto a la sangre de mi hijo/hija, el proveedor tomará una pequeña muestra para hacer pruebas de ciertas infecciones. Entiendo que los resultados serán confidenciales.	X_____
Privacidad: Acepto que he recibido un paquete de información para el paciente, incluso el Aviso de prácticas de privacidad.	X_____

MADRE O PADRE O GUARDIÁN: **** Por favor escriba sus iniciales TODAS las que correspondan*****

Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH): me han dado una copia y he leído la información en las "Declaración de Información de Vacuna" con fecha 8/6/2021 (VIS) y deseo que se le administre la vacuna VPH a mi hijo.	X_____
Vacuna contra Varicela: Se me han dado una copia y he leído la información en las "Declaración de Información de Vacuna" con fecha 8/6/2021 (VIS) y deseo que se le administre la vacuna Varicela a mi hijo.	X_____
Vacuna contra Hepatitis A: Se me han dado una copia y he leído la información en las "Declaración de Información de Vacuna" con fecha 07/28/2020 (VIS) y deseo que se le administre la vacuna Hepatitis A a mi hijo.	X_____
Vacuna contra Tdap (Tétanos, difteria y tos ferina): Se me han dado una copia y he leído la información en las "Declaración de Información de Vacuna" con fecha 8/6/2021 (VIS) y deseo que se le administre la vacuna Tdap a mi hijo.	X_____
Vacuna antimeningocócica ACWY: Se me han dado una copia y he leído la información en las "Declaración de Información de Vacuna" con fecha 8/6/2021 (VIS) y deseo que se le administre la vacuna antimeningocócica a mi hijo.	X_____
Vacuna contra hepatitis B: Se me han dado una copia y he leído la información en las "Declaración de Información de Vacuna" con fecha 8/15/2019 (VIS) y deseo que se le administre la vacuna hepatitis B a mi hijo.	X_____
Vacuna contra polio IPV: Se me han dado una copia y he leído la información en las "Declaración de Información de Vacuna" con fecha 8/6/2021 (VIS) y deseo que se le administre la vacuna IPV a mi hijo.	X_____
Vacuna contra Td (Tétanos): Se me han dado una copia y he leído la información en las "Declaración de Información de Vacuna" con fecha 8/6/2021 (VIS) y deseo que se le administre la vacuna Td a mi hijo.	X_____
Vacuna contra MMR (sarampión, paperas, rubeola): Se me han dado una copia y he leído la información en las "Declaración de Información de Vacuna" con fecha 8/6/2021 (VIS) y deseo que se le administre la vacuna MMR a mi hijo.	X_____
Vacuna contra Influenza: Se me han dado una copia y he leído la información en las "Declaración de Información Vacuna" con fecha 8/6/2021 (VIS) y deseo que se le administre la vacuna Influenza a mi hijo.	X_____

Al proporcionar mi firma, reconozco que las declaraciones anteriores son verdaderas y doy mi consentimiento donde escribí mis iniciales.

X_____ _____

Firma **Fecha**

PARA USO DE PERSONAL DE CLÍNICA MÓVIL

Vaccine	Site	Manufacturer/lot#	Exp. Date	Vaccine	Site	Manufacturer/lot#	Exp. Date
HPV				Hep B			
Varicella				IPV			
Hep A				Td			
Tdap				MMR			
MCV4				Influenza			

Mobile Clinic Staff/Provider Signature: _____ Date: _____

Updated 9/2/2021 SM

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

Texas Immunization Registry (ImmTrac2)

Minor Consent Form

B

A parent, legal guardian or managing conservator must sign this form if the client is younger than 18 years of age.

Child's First Name _____ Child's Middle Name _____ Child's Last Name _____

Child's Date of Birth (mm/dd/yyyy) ____/____/____ Child's Gender: ☐ Male ☐ Female Telephone ____-____-____ Email address _____

Child's Address _____ Apartment # / Building # _____

City _____ State _____ Zip Code _____ County _____

Mother's First Name _____ Mother's Maiden Name _____

Race (select all that apply)

☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black or African-American
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White ☐ Other Race
☐ Recipient Refused

Ethnicity (select only one)

☐ Hispanic or Latino
☐ Not Hispanic or Latino
☐ Other

The Texas Immunization Registry (ImmTrac2) is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). The Texas Immunization Registry is a secure and confidential service that consolidates and stores your child's (younger than 18 years of age) immunization records. With your consent, your child's immunization information will be included in the Texas Immunization Registry. Doctors, public health departments, schools, and other authorized professionals can access your child's immunization history to ensure that important vaccines are not missed. For more information, see Texas Health and Safety Code Sec. 161.007 (d). *https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007*.

Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized Persons/Entities

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of the child's immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the Texas Immunization Registry. Once in the Texas Immunization Registry, the child's 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 child as a patient; a state agency having legal custody of the child; a Texas school or child-care facility in which the child is enrolled; and a payor, currently authorized by the Texas Department of Insurance to operate in Texas, regarding coverage for the child. I understand that I may withdraw this consent at any time by submitting a completed Withdrawal of Consent Form in writing to the Texas Department of State Health Services, Texas Immunization Registry.

State law permits the inclusion of immunization records for First Responders and their immediate family members in the Texas Immunization Registry. 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 Sec. 161.00705. *https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705*.

Please mark the box below to indicate whether your child is an Immediate Family Member of 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 child's information in the Texas Immunization Registry.

Parent, legal guardian, or managing conservator:

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 on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 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 Health and Human Services | Texas Department of State Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)

Consentimiento para menores de edad

B

Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

Primer nombre del menor _____ Segundo nombre del menor _____ Apellido del menor _____

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

Dirección del menor _____ 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 y guarda los registros de vacunación de su hijo (hasta los 18 años de edad). Con su debida autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo se incluirá en el Registro de Inmunización de Texas. 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 sección 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 a un menor 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 el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en el Registro de Inmunización de Texas, 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 al menor como su paciente; una dependencia estatal que tenga la custodia legal del niño; 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 la cobertura del menor. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al Texas Inmunization Registry del Texas Department of State Health Services.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en el Registro de Inmunización de Texas. 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 sección 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 de abajo para indicar si su hijo es familiar directo de un socorrista.

☐ **Soy FAMILIAR DIRECTO de un socorrista.**

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR los datos de mi hijo en el Registro de Inmunización de Texas.

El padre o madre, tutor legal o titular de la custodia:

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, secciones 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

C

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

**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.*

Medicaid:

Medicaid Number: _____

Date of Eligibility: _____

CHIP:

CHIP Number: _____

Group Number: _____

Date of Eligibility: _____

Private Insurance:

Name of Insurer: _____

Insurance Name: _____

Insurer Contact Number: _____

Policy or Subscriber Number: _____

C

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

** 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: _____

Fecha de elegibilidad: _____

CHIP:

Número de CHIP: _____

Número de grupo: _____

Fecha de elegibilidad: _____

Seguro privado:

Nombre de la aseguradora: _____

Nombre del seguro: _____

Número de contacto de la aseguradora: _____

Número de póliza o del asegurado: _____

D

Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens

PATIENT NAME _____

DATE OF BIRTH ____/____/____ (month / day / year)

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?	☐	☐	☐
2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex?	☐	☐	☐
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	☐	☐	☐
4. Does the child have a long-term health problem with lung, heart, kidney or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, a blood disorder, no spleen, complement component deficiency, a cochlear implant, or a spinal fluid leak? Is he/she on long-term aspirin therapy?	☐	☐	☐
5. If the child to be vaccinated is 2 through 4 years of age, has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months?	☐	☐	☐
6. If your child is a baby, have you ever been told he or she has had intussusception?	☐	☐	☐
7. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problems?	☐	☐	☐
8. Does the child have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem?	☐	☐	☐
9. Does the child have a parent, brother, or sister with an immune system problem?	☐	☐	☐
10. In the past 3 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments?	☐	☐	☐
11. In the past year, has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug?	☐	☐	☐
12. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month?	☐	☐	☐
13. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?	☐	☐	☐

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.

immunization action coalition
IAC
immunize.org

Saint Paul, Minnesota ▪ 651-647-9009 ▪ www.immunize.org ▪ www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4060.pdf ▪ Item #P4060 (10/20)

Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ (mes / día / año)

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos administrar a su hijo hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no necesariamente significa que no se debe vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, solicítele a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿El niño está enfermo hoy?	☐	☐	☐
2. ¿El niño es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex?	☐	☐	☐
3. ¿El niño ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
4. ¿El niño tiene algún problema de salud crónico en los pulmones, el corazón o los riñones, o sufre de enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, no tiene bazo, tiene deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o derrame de líquido cefalorraquídeo? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	☐	☐	☐
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años, ¿le ha dicho algún proveedor de atención médica que el niño tuvo sibilancia o asma en los últimos 12 meses?	☐	☐	☐
6. Si el niño es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que tuvo intususcepción?	☐	☐	☐
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o uno de sus padres ha tenido convulsiones; o el niño ha tenido problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
8. ¿El niño o un miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	☐	☐	☐
9. ¿Uno de los padres, hermanos o hermanas del niño tiene algún problema en su sistema inmunitario?	☐	☐	☐
10. ¿En los últimos 3 meses, el niño ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, tales como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tuvo tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
11. Durante el año pasado, ¿el niño recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina, gammaglobulina o algún medicamento antiviral?	☐	☐	☐
12. ¿La niña/adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐
13. ¿Se le aplicó alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐

FORMA LLENADA POR _____ FECHA _____

FORMA REVISADA POR _____ FECHA _____

¿Trajo su cartilla de vacunación consigo? **sí** ☐ **no** ☐

Es importante que tenga un registro personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al proveedor de atención médica de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo con usted todas las veces que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará este documento para ingresar a la guardería o a la escuela, para obtener empleo o para viajar al extranjero.

immunization action coalition
IAC
immunize.org

"Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens"

Saint Paul, Minnesota • 651-647-9009 • www.immunize.org • www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4060-01.pdf • Item #P4060-01 Spanish (10/20)

E

The University of Texas Health Science Center at Houston (UTHealth) 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, "*Expanding All for Them: A school-based approach to increase HPV vaccination through public schools*", conducted by Dr. Paula Cuccaro of UTHealth. This project is a collaboration between researchers, healthcare providers, and educators at the UTHealth School of Public Health, UTHealth Cizik School of Nursing, Baylor College of Medicine, University of Texas Medical Branch at Galveston ,Texas Children's Mobile Clinic Program, Harris County Public Health, Memorial Hermann Health Centers for Schools, CHRISTUS Foundation for HealthCare, the University of North Texas Health Science Center School of Public Health and Pediatric Mobile Clinic, Spring Branch Community Health Center, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, and the following school districts:

Aldine Independent School District (AISD)
Crowley Independent School District (CISD)
Fort Worth Independent School District (FWISD)
Goose Creek Consolidated Independent School District (GCCISD)
Houston Independent School District (HISD)
Spring Independent School District (SISD)

<u>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.</u>

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:
<u>The *All for Them* clinic where your child is receiving vaccinations is part of this project.</u> 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 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: _____

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.

E

El Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Tejas (UTHealth)
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 del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Tejas en Houston (UTHealth) llamado *"Expansión del proyecto Todo es Para Ellos: Un enfoque basado en las escuelas para incrementar la vacunación contra el VPH a través de las escuelas públicas".* Este proyecto ha sido desarrollado en colaboración entre investigadores, proveedores de salud, y educadores de la Escuela de Salud Pública de UTHealth, la Escuela Cizik de Enfermería de UTHealth, la Universidad de Medicina de Baylor, Departamento Médico de la Universidad de Tejas en Galveston, el Programa de Clínicas Móviles de Texas Children's Hospital, Servicios de Salud Pública del Condado de Harris, Centros de Salud para Escuelas de Memorial Hermann, Fundación para la Salud CHRISTUS, la Clínica Móvil Pediátrica y la Escuela de Salud Pública del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte, Centro de Salud Comunitario de Spring Branch, The University of Texas MD Anderson Cancer Center y los siguientes distritos escolares:

Distrito Escolar Independiente de Aldine (AISD)
Distrito Escolar Independiente de Crowley (CISD)
Distrito Escolar Independiente de Fort Worth (FWISD)
Distrito Escolar Independiente Consolidado de Goose Creek (GCCISD)
Distrito Escolar Independiente de Houston (HISD)
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 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 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 proporcione esta información a la enfermera(o) del distrito escolar:

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

Firma del Padre/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): _____

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.