

VACCINATION CONSENT FORM

A



2615 Fannin Street Houston, Texas 77002
(PLEASE PRINT IN BLUE OR BLACK PEN)

Phone: 713.803.1880

Fax: 713.652.5192

www.CHRISTUSFoundation.org

Child's Last Name: First: Middle: Gender: M or F

Birth Date: Age: Race/Ethnicity: Phone: Grade:

Address: Apt#: City: State: Zip: County:

Mother's First Name: Mother's Maiden Name:

SCREENING QUESTIONS: Parents/Guardian Circle YES or NO for EACH question

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Is the child sick today? | YES | NO |
| 2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component or latex? | YES | NO |
| 3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? | YES | NO |
| 4. Does/Has the child have/had health problems with lung, heart, kidney or metabolic disease ? | YES | NO |
| 5. Has the child had a seizure or brain disorder? Any family history of seizures? | YES | NO |
| 6. Does the child have cancer, leukemia, AIDS or any other immune system problem? | YES | NO |
| 7. In the past <u>3 months</u> , has the child taken cortisone, prednisone , or other steroids or Anti-cancer drugs or had radiation treatments ? | YES | NO |
| 8. 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 ? | YES | NO |
| 9. Is the child/teen pregnant ? Is there a chance she could become pregnant in next month? | YES | NO |
| 10. Has the child had vaccines/shots in last 4 weeks ? | YES | NO |

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

PARENT/GUARDIAN CONSENT:

I have received or was offered a copy of each of the "Vaccine Information Statement" about the disease(s) and vaccine(s) indicated below. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I answered the Screenings Questions about the child above. **I am an adult who can legally consent for myself and/or the child named above to administering the vaccine (s) and/or test(s) marked below to me or the child named above. I voluntarily give my permission.**

I release and hold harmless the CHRISTUS Healthy Living Mobile Clinics from any and all liability related thereto.

X

Parent/Guardian Signature _____ Date _____ Relationship to Child _____

In the box below, please write your initials next to each vaccine you want your child to receive.

TVFC ELIGIBILITY:
Check those that apply

NO Health Insurance

Medicaid

Medicaid Number: _____

Date of Eligibility: _____

American Indian/Alaska Native

Underinsured

Underinsured: (1) has insurance that does not pay for vaccines (2) insurance only covers selected vaccines (TVFC-eligible for non-covered vaccines only) (3) insurance caps vaccines, child eligible when coverage amount is reached.

*Other underinsured are children not eligible to receive vaccine because provider is not a FQHC/RHC or deputized provider. However, these children may be served by a state program that covers these non-VFC eligible children.

*****Fully privately insured children are not eligible for TVFC vaccines including children with CHIP*****

Date Given	X	Parent/Guardian Initials	Vaccine Given	Brand/Type	Lot #	Site Used (Circle Below)	*VIS Date
			HEP A 1-18y	GSK/Merck		LA RA LT RT SQ IM	10/15/21
			HEP B 0-18y	GSK/Merck		LA RA LT RT SQ IM	5/12/23
			HPV (Gardasil-9) 9-18y	Merck		LA RA LT RT SQ IM	8/6/21
			IPV (Polio) 6wks - 18y	Sanofi		LA RA LT RT SQ IM	8/6/21
			MCV4 (Menveo/MenQuadfi) 11-12 yr age and one dose after 16 yr	GSK/Sanofi		LA RA LT RT SQ IM	8/6/21
			MMR 1-18y	Merck		LA RA LT RT SQ IM	8/6/21
			MEN B (Trumenba/Bexsero) 16yrs	Pfizer/GSK		LA RA LT RT SQ IM	8/6/21
			MMRV 4-12y (2nd dose only)	Merck		LA RA LT RT SQ IM	8/6/21
			Td 7-9y or Hx of seizures	Sanofi		LA RA LL RL SQ IM	8/6/21
			Tdap 10-18y	GSK/Sanofi		LA RA LL RL SQ IM	8/6/21
			Varicella 1-18y	Merck		LA RA LL RL SQ IM	8/6/21
			Influenza 6 mo.-18y	GSK		LA RA LL RL SQ IM	8/6/21

Vaccine Administrator's Signature and Credentials:

Provider#250126

VIS* Vaccine Information Statement

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

8/18/21



2615 Fannin Street Houston, Texas 77002 Phone: 713.803.1880
(CON LETRA DE MOLDE EN TINTA NEGRA O AZUL)

Fax: 713.652.5192
www.CHRISTUSFoundation.org

Apellido del Niño/a: _____ **Nombre:** _____ **Segundo Nombre:** _____ **Sexo:** M o F
Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Etnia/Raza:** _____ **Teléfono:** _____ **Grado:** _____
Dirección: _____ **Apt#:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____ **Condado:** _____
Nombre de la Madre: _____ **Apellido de Soltera de la Madre:** _____

CUESTIONARIO DE CONTRAINDICACIONES DEL PACIENTE: Por favor marque SI o NO después de cada pregunta

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Está el niño/a enfermo/a hoy? | SI | NO |
| 2. ¿Es alérgico el niño/a a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex? | SI | NO |
| 3. ¿Tuvo alguna vez el niño/a una reacción seria a una vacuna en el pasado? | SI | NO |
| 4. ¿Ha tenido el niño/a problemas médicos con los pulmones, corazón, riñones o enfermedad metabólica ? | SI | NO |
| 5. ¿Ha tenido el niño/a una convulsión o un trastorno cerebral? ¿Alguna historia familiar de convulsiones? | SI | NO |
| 6. ¿Tiene el niño/a cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario ? | SI | NO |
| 7. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño/a cortisona, prednisona u otros esteroides o medicamentos contra el cáncer o tuvo tratamientos de radiación ? | SI | NO |
| 8. En el último año, ¿el niño/a recibió una transfusión de sangre o productos sanguíneos o recibió inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral ? | SI | NO |
| 9. ¿Está embarazada la niña/adolescente? ¿Hay alguna posibilidad de que pueda quedar embarazada en el próximo mes? | SI | NO |
| 10. ¿Ha recibido el niño vacunas en las últimas 4 semanas ? | SI | NO |

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

CONSENTIMIENTO DE PADRES/TUTORES:

Recibí o me ofrecieron una copia de cada una de las "Declaraciones de información sobre vacunas" sobre las enfermedades y las vacunas que se indican a continuación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi entera satisfacción. Respondí las preguntas de evaluación sobre el niño de arriba. **Soy un adulto que puede consentir legalmente para mí y / o el niño mencionado anteriormente para administrar la (s) vacuna (s) y / o prueba (s) marcadas a continuación a mí o al niño mencionado arriba. Voluntariamente doy mi permiso.** Libero y eximo de responsabilidad a las clínicas móviles CHRISTUS Healthy Living Mobile Clinics de toda responsabilidad relacionada con ellas.

X

Firma de Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____ Relación con el menor _____

En la caja que aparece a continuación, escriba sus iniciales a lado de cada una de las vacunas que desea que su hijo/a reciba.

ELIGIBILIDAD para el programa de TVFC:

Marque lo que aplique

() NO Tiene Seguro Medico

() Medicaid

Numero de Medicaid: _____

Fecha de elegibilidad: _____

() Indio Americano/Nativo de Alaska

() Seguro insuficiente * **

* Seguro insuficiente: (1) tiene un seguro que no paga las vacunas (2) el seguro solo cubre las vacunas seleccionadas (elegible para TVFC solo para vacunas no cubiertas) (3) el seguro limita las vacunas, elegible para niños cuando se alcanza el monto de la cobertura.

** Otros con seguro insuficiente son niños con seguro insuficiente pero que no son elegibles para recibir la vacuna federal a través del programa VFC porque el proveedor o la instalación no es un FQHC / RHC o proveedor suplente. Sin embargo, estos niños pueden recibir servicios si el programa estatal proporciona vacunas para cubrir a estos niños no elegibles para VFC.

*** Los niños con seguro privado no son elegibles para las vacunas TVFC, incluidos los niños con CHIP ***

Date Given	X	Iniciales de Padre/Madre/Tutor	Vaccine Given	Brand/Type	Lot #	Site Used (Circle Below)		*VIS Date
						LA	RA LT RT	
			HEP A 1-18y	GSK/Merck		LA	RA LT RT	SQ IM 10/15/21
			HEP B 0-18y	GSK/Merck		LA	RA LT RT	SQ IM 5/12/23
			VPH (Gardasil-9) 9-18y	Merck		LA	RA LT RT	SQ IM 8/6/21
			IPV (Polio) 6wks - 18y	Sanofi		LA	RA LT RT	SQ IM 8/6/21
			MCV4 (Menveo/MenQuadfi) 11-12 yr age and one dose after 16 yr	GSK/Sanofi		LA	RA LT RT	SQ IM 8/6/21
			MMR 1-18y	Merck		LA	RA LT RT	SQ IM 8/6/21
			MEN B (Trumenba/Bexsero) 16yrs	Pfizer/GSK		LA	RA LT RT	SQ IM 8/6/21
			MMRV 4-12y (2nd dose only)	Merck		LA	RA LT RT	SQ IM 8/6/21
			Td 7-9y or Hx of seizures	Sanofi		LA	RA LT RT	SQ IM 8/6/21
			Tdap 10-18y	GSK/Sanofi		LA	RA LT RT	SQ IM 8/6/21
			Varicella 1-18y	Merck		LA	RA LT RT	SQ IM 8/6/21
			Influenza 6 mo.-18y	GSK		LA	RA LL RL	SQ IM 8/6/21

Vaccine Administrator's Signature and Credentials:

Provider#250126



Texas Immunization Registry (ImmTrac2) Minor Consent Form



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, Middle Name, Last Name, Date of Birth, Gender, 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) and Ethnicity (select only one) checkboxes

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.

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.

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.

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.

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

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)

Consentimiento para menores de edad



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 _____

Sexo del menor: Femenino Masculino
 Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) _____ 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): <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otro		Grupo étnico (seleccione solo una): <input type="checkbox"/> Hispánico o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> 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/btm/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 Immunization 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/btm/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



**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)**

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 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.



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 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 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.