

HELLO!



We know protecting your child's health is important to you. So we're inviting you to sign up for a free vaccination clinic, where your child can receive all of their recommended childhood and adolescent shots*.

Protect your child from serious illnesses and cancer, now and in the future—with Tdap, HPV, Meningococcal, Flu, as well as other vaccines they may need.

You do not need to be present at the clinic if you complete and return the forms in this packet to the school.

Questions? Need help with the forms? Call 713-500-ALL5.

This clinic will be sponsored and run by healthcare providers from Texas Children's Hospital®. Turn over this letter for instructions. Please send your child's most recent immunization record to school on the day of the clinic. We will stamp the record and send it home with your child.

Clinic staff will be following CDC guidelines regarding protection from COVID-19, including wearing masks and physical distancing. Students will be required to wear masks during the clinic visit only. Please send your child to school with their own mask on the day of the clinic.

We hope your child has a wonderful year!

Jacqueline Birmingham, MSN, RN, NE-BC, CNOR
Director, HISD Health and Medical Services

Please complete the following forms in order for your child to participate:

FORM A:

Consent Form

FORM B:

Immunization Registry Minor Consent Form (ImmTrac2)

FORM C:

Patient Eligibility Screening Record (Texas Vaccines for Children)

FORM D:

Screening Checklist

FORM E:

UTHealth Participation Form

REMEMBER:

PROTECTING YOUR CHILD STARTS NOW.

Just like you wouldn't give your child half an umbrella, you shouldn't send them to school with only half of their recommended vaccines. You can protect your child from serious health risks by getting them ALL of the vaccines they need. Because it's **ALL for them.**

WANT TO KNOW MORE?

VISIT OUR WEBSITE OR CALL US!


AllForThemVaccines.com


713-500-ALL5 (2555)



*At this time, we are not able to provide the COVID-19 vaccine, but we can help you find out where to get it for your child.

INSTRUCTIONS FOR YOUR CHILD TO PARTICIPATE

The table below lists what papers are in this packet.

 These should be filled out in pen, signed and sent back to school.

 These are for your information. You can review and keep them.

 Sign and Return	 Read and Keep
FORM A: Consent Form	Welcome Letter / Checklist
FORM B: Immunization Registry Minor Consent Form (ImmTrac2)	
FORM C: Patient Eligibility Screening Record (Texas Vaccines for Children)	HPV Vaccine Fact Sheet
FORM D: Screening Checklist	Notice of Privacy Practices (Texas Children's Hospital®)
FORM E: UTHealth Participation Form	



Complete and return ALL forms in this packet to your child's school nurse one week before the vaccination clinic.

- Step 1:** Make sure to fill out the forms in **BLUE OR BLACK PEN** (NOT pencil).
- Step 2:** **Complete, sign, and date** each form at the bottom of each page.
- Step 3:** Please take the time to answer the questions carefully and **put your initials** by each vaccine that you want your child to receive.
- Step 4:** Make sure that you check **YES** or **NO** for every question

All childhood and adolescent vaccines (except for COVID-19 vaccines) will be available at the clinic.

- **Please read the Vaccine Information Statements (VIS) about each vaccine here:** www.allforthemvaccines.com. If you want printed copies or do not have internet access, please call **(713) 500-ALL5 (2555)**. You can also request printed copies of these VIS at your child's school.
- Parents are not required to be at school when vaccines are given if forms are completed and turned into the school, but parents are welcome to be present. A parent or legal guardian must be available by phone during the day of the vaccine clinic.
- **Please send your child's most recent immunization record to school on the day of the clinic.** It will be stamped and returned home with your child.

If you have any questions about the vaccinations or eligibility, please call program staff at 713-500-ALL5 (2555).

IT'S ALL FOR THEM.

PROTECT YOUR CHILD NOW AND IN THE FUTURE WITH ALL OF THEIR RECOMMENDED VACCINES.

¡HOLA!



Sabemos que proteger la salud de su hijo/a es importante para usted. Lo/a invitamos a participar en una clínica de vacunación gratuita, donde su hijo/a podrá recibir todas las vacunas recomendadas para la infancia y la adolescencia*.

Proteja a su hijo/a de enfermedades graves y del cáncer, ahora y en el futuro, con las vacunas Tdap (tétanos, difteria, y tos ferina), VPH (virus del papiloma humano), antimeningocócica (meningitis), e influenza (gripe), así como con otras vacunas que él o ella pueda necesitar.

No es necesario que usted esté presente el día de la clínica si completa y devuelve los formularios de consentimiento incluidos en este paquete a la escuela. **¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda con los formularios de consentimiento? Llame al 713-500-2555.**

Esta clínica será patrocinada y administrada por proveedores de atención médica del Texas Children's Hospital®. Voltee esta carta para obtener instrucciones. Por favor, envíe el registro de vacunación más reciente de su hijo/a a la escuela el día de la clínica. El registro será actualizado y enviado de regreso a casa con su hijo/a.

El personal de la clínica seguirá las guías del CDC con respecto a la protección contra COVID-19, incluyendo el uso de cubrebocas y el distanciamiento físico. Los estudiantes deberán usar cubrebocas durante la visita clínica solamente. Por favor, envíe a su hijo/a a la escuela con su propio cubrebocas el día de la clínica.

¡Esperamos que su hijo/a tenga un año escolar maravilloso!

Jacqueline Birmingham, MSN, RN, NE-BC, CNOR
Directora, HISD Servicios Médicos y de Salud

Por favor complete los siguientes formularios para que su hijo/a pueda participar:

FORMA A:

Formulario de Consentimiento

FORMA B:

Registro de Inmunización –
Formulario de Consentimiento para Menores (ImmTrac2)

FORMA C:

Registro de la Determinación de Elegibilidad del Paciente (Programa de Vacunas para los Niños de Tejas)

FORMA D:

Cuestionario de Contraindicaciones

FORMA E:

Formulario de Participación de UTHealth

RECUERDE: LA PROTECCIÓN DE SU HIJO/A EMPIEZA AHORA.

Al igual que no le daría a su hijo/a la mitad de un paraguas, no debería enviarlo/a a la escuela con solo la mitad de las vacunas recomendadas. Usted puede proteger a su hijo/a de graves riesgos para la salud poniéndole **TODAS** las vacunas. Porque **TODO es para ellos.**

¿QUIERE SABER MÁS? ¡VISITE NUESTRA PÁGINA WEB O LLÁMENOS!


AllForThemVaccines.com


713-500-ALL5 (2555)



*En este momento, no podemos administrar la vacuna COVID-19, pero podemos ayudarle a encontrar dónde conseguirla para su hijo/a.

INSTRUCCIONES PARA QUE SU HIJO(A) PARTICIPE

La siguiente lista incluye los formularios y documentos que están dentro de este paquete.

 Estos formularios deben ser completados en pluma, firmados, y regresados a la escuela.

 Estos documentos son para su información. Puede leerlos y guardarlos en casa.

 Firme y Devuelva	 Lea y Guarde
FORMA A: Formulario de Consentimiento	Carta de Bienvenida/ Lista de Documentos
FORMA B: Registro de Inmunización – Formulario de Consentimiento para Menores (ImmTrac2)	
FORMA C: Programa de Vacunas para los Niños de Tejas – Registro de la Determinación de Elegibilidad del Paciente	Hoja de Información sobre la vacuna contra el VPH
FORMA D: Cuestionario de Contraindicaciones	Aviso de Prácticas de Privacidad (Texas Children's Hospital®)
FORMA E: Formulario de Participación de UTHealth	



Complete y devuelva TODOS los formularios de consentimiento incluidos en este paquete a la enfermera de la escuela de su hijo/a una semana antes de la clínica de vacunación.

Paso 1: Asegúrese de completar los formularios de consentimiento con **TINTA AZUL O NEGRA** (NO use lápiz).

Paso 2: **Complete cada formulario e incluya su firma y la fecha** al final de cada página.

Paso 3: Por favor tómese su tiempo y respuesta cada pregunta con cuidado. **Ponga sus iniciales** junto a cada vacuna que desea que su hijo/a reciba.

Paso 4: Asegúrese de marcar **SÍ** o **NO** para cada pregunta.

Todas las vacunas para niños y adolescentes (excepto la vacuna del COVID-19) estarán disponibles en la clínica.

- **Por favor lea la Hoja de Información Sobre Vacunas para cada vacuna aquí:** www.allforthemvaccines.com. Si desea copias impresas o no tiene acceso al internet, por favor llame al **(713) 500-2555**. También puede solicitar estos documentos en la escuela de su hijo/a.
- Si los formularios de consentimiento se completan y se entregan a la escuela, no es necesario que los padres asistan a la clínica cuando se administren las vacunas. Sin embargo, los padres son bienvenidos si desean estar presentes. Un padre o guardián legal debe estar disponible por teléfono durante el día de la clínica de vacunas.
- **Por favor envíe el registro de vacunación más reciente de su hijo/a a la escuela el día de la clínica.** Éste será actualizado y enviado de regreso a casa con su hijo/a.

Si tiene cualquier pregunta sobre alguna de las vacunas o sobre la elegibilidad de su hijo/a, llame al personal del proyecto al (713) 500-2555.

TODO ES PARA ELLOS.

**PROTEJA A SU HIJO/A AHORA Y EN EL FUTURO
CON TODAS LAS VACUNAS RECOMENDADAS.**

GET ALL THE FACTS

ABOUT THE HPV VACCINE



There is no better time to get your child vaccinated against Human Papillomavirus (HPV).

The vaccine used to prevent HPV protects your child throughout their life. Like all vaccines, it's best to vaccinate children against HPV long before they will ever come into contact with the virus. It's a normal part of keeping your child healthy and protects their ability to grow up and have a family of their own one day.

Make sure your child gets the HPV vaccine along with the other recommended adolescent vaccines.

BECAUSE ALL IS BETTER THAN SOME.

ALLFORTHEM.VACCINES.COM

1. Everyone needs the HPV vaccine.

- The vaccine protects both boys and girls.
- HPV is so common that almost everyone will be infected at some point in their life.
- HPV can cause cancers, genital warts and other illnesses.

2. The HPV vaccine works.

- The vaccine prevents HPV-related cancers and illnesses.
- Since doctors started giving the vaccine to their patients, there has been a huge drop in HPV infections.

3. The HPV vaccine is proven to be safe.

- The side effects are mostly mild and similar to other vaccines, such as temporary redness and soreness in the arm.
- The vaccine does not contain harmful ingredients.

4. The HPV vaccine works best when given between the ages of 11 and 12.

- Research shows that younger people respond better to the vaccine, meaning their bodies will be more prepared to prevent an HPV infection if they get the vaccine between the ages of 11 and 12.
- It's never too late to vaccinate. All children over 11 years old should be vaccinated.

5. Younger children need fewer doses for full protection.

- The HPV vaccine is given in multiple doses.
- If a child gets their first shot before they turn 15 years old, they only need two doses. After they turn 15, they need three doses.

Source: <https://www.cdc.gov/hpv/parents/>

OBTENGA TODOS LOS DATOS

ACERCA DE LA VACUNA CONTRA EL VPH

No hay mejor momento para vacunar a su hijo(a) contra el virus del papiloma humano (VPH).

Esta vacuna es para prevenir el VPH y proteger a su hijo(a) por el resto de su vida. Como cualquier otra vacuna, es mejor recibir la vacuna temprano, mucho antes de que se pudiera poner en contacto con el virus. Es un paso normal para mantener a sus hijos sanos y saludables, y también protege su capacidad para crecer y poder tener su propia familia en un futuro.

Por favor asegúrese de que su hijo(a) reciba la vacuna contra el VPH, al igual que el resto de las vacunas recomendadas para los adolescentes.

PORQUE TODAS ES MEJOR QUE ALGUNAS.

ALLFORTHEMVACCINES.COM

 **UTHealth** | **School of Public Health**
The University of Texas
Health Science Center at Houston



CANCER PREVENTION & RESEARCH
INSTITUTE OF TEXAS

Baylor
College of
Medicine



1. Todos necesitan la vacuna contra el VPH.

- La vacuna protege tanto a niños como a niñas.
- El VPH es tan común que la mayoría de personas serán contagiadas con el virus en algún momento durante sus vidas.
- El VPH puede causar cáncer, verrugas genitales y otras enfermedades.

2. La vacuna contra el VPH funciona.

- La vacuna previene las enfermedades y los cánceres relacionados al VPH.
- Desde que los médicos empezaron a administrar la vacuna en sus pacientes, se han reducido las infecciones causadas por el VPH.

3. Se ha demostrado que la vacuna contra el VPH es segura.

- Los efectos secundarios en su mayoría son leves y similares a los causados por otras vacunas, tales como el enrojecimiento temporal en la piel o dolor en el brazo o en el área de inyección.
- La vacuna contra el VPH no contiene ingredientes dañinos.

4. La vacuna contra el VPH funciona mejor cuando es administrada entre los 11 y 12 años de edad.

- Estudios médicos muestran que los jóvenes responden mejor a la vacuna. Esto significa que si reciben la vacuna entre los 11 y 12 años de edad sus cuerpos estarán mejor preparados para prevenir una infección de VPH.
- Nunca es demasiado tarde para recibir la vacuna. Todos los jóvenes mayores de 11 años deben ser vacunados.

5. Los niños más pequeños necesitan menos dosis para estar protegidos.

- La vacuna contra el VPH se administra en dosis múltiples.
- Si su hijo(a) recibe su primera dosis antes de cumplir los 15 años, sólo necesitará dos dosis de la vacuna. Después de los 15 años de edad, necesitará tres dosis.

Recurso: <https://www.cdc.gov/hpv/parents/>

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: <input type="checkbox"/> Parent/Guardian <input type="checkbox"/> 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: _____

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: <input type="checkbox"/> Madre/Padre/Guardián <input type="checkbox"/> 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 de 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: _____



(Please print clearly)

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

Child's Date of Birth (mm/dd/yyyy) / / *Children younger than 18 years old only. Child's Gender: Female Male Telephone - -

Child's Address _____ Apartment # _____ Email address _____

City _____ State _____ Zip Code _____ County _____

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

Race (select all that apply)			Ethnicity (select only one)	
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Black or African-American	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino	
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Other Race	<input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino	
<input type="checkbox"/> Recipient Refused			<input type="checkbox"/> Recipient Refused	

The Texas Immunization Registry (ImmTrac2) is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). The 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 ImmTrac2. Doctors, public health departments, schools, and other authorized professionals can access your child's immunization history to ensure that important vaccines are not missed.

The Texas Department of State Health Services encourages your voluntary participation in the Texas immunization registry.

Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized 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 state's central immunization registry ("ImmTrac2"). Once in ImmTrac2, 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;
- 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 to include information on my child in the ImmTrac2 Registry and my consent to release information from the Registry at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

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)

Questions? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

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



(Llene a mano claramente)

Primer nombre del menor _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) _____ *Solo para menores de 18 años Sexo del menor: Femenino Masculino
Teléfono _____ - _____ - _____

Dirección del menor _____ Núm. de apartamento _____ Correo electrónico _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Nombre de la madre _____ Apellido de soltera _____

<p>Raza (seleccione todos los que correspondan):</p> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se negó a contestar			<p>Grupo étnico (seleccione solo una):</p> <input type="checkbox"/> Hispánico o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Se negó a contestar
--	--	--	---

ImmTrac2, el registro de vacunaciones de Texas, 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 ImmTrac2. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas lo anima a que participe de forma voluntaria en el registro de inmunización de Texas.

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 central de inmunización de Texas ("ImmTrac2"). Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en el ImmTrac2, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella:

- un distrito de salud pública o departamento de salud local, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción;
- un médico u otro proveedor de salud legalmente autorizado para aplicar vacunas, como parte del tratamiento 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 para incluir los datos de mi hijo en el registro ImmTrac2 para divulgar la información contenida en el registro en cualquier momento, enviando una carta a esta dirección: Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

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.

Padre, tutor o titular de la custodia: _____ Nombre escrito a mano _____

Fecha _____ Firma _____

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)

¿Tiene alguna pregunta? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

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

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

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 medications, 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 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. If your child is a baby, have you ever been told he or she has 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 brain or other nervous system problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Does the child have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Does the child have a parent, brother, or sister with an immune system problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?	<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.

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El niño es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El niño ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El niño o un miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Uno de los padres, hermanos o hermanas del niño tiene algún problema en su sistema inmunitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿La niña/adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se le aplicó alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

"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)



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, The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center,, and the following school districts:

- Crowley Independent School District (CISD)**
- 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)



IRB NUMBER: HSC-SPH-20-0356
IRB APPROVAL DATE: 09/01/2021

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 DOB: _____

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, el Centro de Cáncer MD Anderson de la Universidad de Tejas y los siguientes distritos escolares:

- 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)**

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

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Nombre 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.

Joint Notice of Privacy Practices

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL AND BILLING INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

This Joint Notice of Privacy Practices applies to the privacy practices of professional staff, employees, volunteers, and Medical Staff for Texas Children's Hospital, Texas Children's Health Plan, Texas Children's Health Plan – The Center for Children and Women, Texas Children's Pediatrics, Texas Children's Urgent Care, Texas Children's Physician Services Organization, and Texas Children's Women's Specialists.

Under the Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA"), each of the Texas Children's entities named above may use and disclose your Protected Health Information ("PHI") to facilitate their own treatment, payment and operational activities relating to your care. The entities also participate in an Organized Healthcare Arrangement ("OHCA") under HIPAA, which allows them to share your PHI with and among each other in order to perform joint activities, such as utilization review, quality assessment/improvement and certain payment activities. This Joint Notice of Privacy Practices serves as the Notice of Privacy Practices for the Texas Children's OHCA and each of the Texas Children's entities individually.

Your Health Information Rights

When it comes to your health information, you have certain rights. This section explains your rights and some of our responsibilities to help you. Forms are available on our website, <http://www.texaschildrens.org>, or by contacting Texas Children's Privacy Office at (832) 824-2091.

- **A copy of this Notice.** You may ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. Paper copies of this notice may be obtained from any registration or admissions desk. You may obtain an electronic copy of this notice on our web site, <http://www.texaschildrens.org>.
- **Get an electronic or paper copy of your medical record or health and claims record.** You may ask to see or get an electronic or paper copy of your medical record or health and claims records and other health information we have about you. Texas Children's may charge you a reasonable, cost-based fee for copying your information. You must make this request in writing.
- **Ask us to correct your medical record or your health and claims records.** You may ask us to correct your health information or health and claims records if you think they are incorrect or incomplete. We may say "no" to your request, but we'll tell you why in writing within 60 days. You must make your request in writing and you must provide a reason for the request.
- **Ask us to limit what we use or share.** You may ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. If you personally pay in full for an item or service or someone other than your health plan pays in full for the item or service on your behalf, you may ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. We will say "yes" if you have already paid in full for the item or service unless a law requires us to share that information. Otherwise, we are not required to agree to your request, and we may say "no" if it would affect your care.
- **Request confidential communications.** You may ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address. Texas Children's Health Plan will consider all reasonable requests, and must say "yes" if you tell us you would be in danger if we do not. Except for Texas Children's Health Plan, we will say "yes" to all reasonable requests. You must make this request in writing and you must tell us how or where you wish to be contacted.
- **Get a list of those with whom we've shared information.** You may ask for a list (accounting) of the times we've shared your health information, who we shared it with, and why. We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, or health care operations, or certain other disclosures (such as any you asked us to make). We will include each disclosure we made for the past six (6) years, unless you request a shorter time period. We will provide one accounting a year for free but will charge you a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.

Aviso conjunto de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE FACTURACIÓN Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ELLA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Este Aviso conjunto de prácticas de privacidad se aplica a las prácticas de privacidad del personal profesional, empleados, voluntarios y personal médico del Texas Children's Hospital, el Plan de Salud de Texas Children's (Texas Children's Health Plan), el Plan de Salud de Texas Children's – Centro para Mujeres y Niños (Texas Children's Health Plan – The Center for Children and Women), Pediatría de Texas Children's (Texas Children's Pediatrics), Atención Urgente de Texas Children's (Texas Children's Urgent Care), la Organización de Servicios Médicos de Texas Children's (Texas Children's Physician Services Organization) y los Especialistas de la Mujer de Texas Children's (Texas Children's Women's Specialists).

De acuerdo con la Ley de transferencia y responsabilidad de los seguros médicos ("HIPAA"), cada una de las entidades de Texas Children's mencionadas anteriormente puede usar y divulgar su información de salud protegida ("IPS") para facilitar sus actividades de tratamiento, pago y operación en relación con su cuidado. Las entidades también participan en un Arreglo Organizado de Atención de Salud ("OHCA", por sus siglas en inglés) según la HIPAA. Este arreglo les permite compartir su información protegida de salud entre sí para llevar a cabo actividades conjuntas, como revisión de utilización, evaluación/mejoramiento de calidad y ciertas actividades de pago. Este Aviso conjunto de prácticas de privacidad sirve como aviso de prácticas de privacidad para el OHCA de Texas Children's y cada una de las entidades de Texas Children's individualmente.

Sus derechos de información de salud

En lo que respecta a su información de salud, usted tiene ciertos derechos. En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para brindarle ayuda. Los formularios están disponibles en nuestro sitio web, <http://www.texaschildrens.org>, o bien, puede comunicarse a la Oficina de Privacidad de Texas Children's al (832) 824-2091.

- **Obtener una copia de este Aviso.** Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibirlo en formato electrónico. También puede obtener copias de este aviso en cualquier área de registro o admisión. Asimismo, puede obtener una copia electrónica de este aviso en nuestro sitio web, <http://www.texaschildrens.org>.
- **Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico o de sus registros médicos y solicitudes de reembolso.** Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico o de sus registros médicos y solicitudes de reembolso, así como de otra información de salud que tengamos sobre usted. Texas Children's puede cobrarle una cuota razonable y basada en el costo de fotocopiar su información. Usted deberá presentar su solicitud por escrito.
- **Solicitar que corriamos su expediente médico o sus registros médicos y solicitudes de reembolso.** Puede pedirnos que corriamos su información de salud o sus registros médicos y solicitudes de reembolso si considera que son incorrectos o están incompletos. Podemos rechazar su solicitud, pero le diremos la razón por escrito en el transcurso de 60 días. Usted deberá presentar su solicitud por escrito junto con la razón de su petición.
- **Solicitar que limitemos la información que usamos o compartimos.** Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para fines de tratamiento, pagos o nuestras operaciones. Si usted paga personalmente la totalidad de un concepto o servicio, o alguna otra parte distinta a su plan de salud paga la totalidad de un concepto o servicio en su representación, usted puede pedirnos que no compartamos esa información con su seguro médico para los fines de pago o de nuestras operaciones. Aceptaremos si usted ya ha pagado la totalidad del concepto o servicio, a menos que las leyes nos exijan compartir esa información. De lo contrario, no estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si ello pudiera afectar la atención que usted recibe.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales.** Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos su correo postal a distintas direcciones. El plan de salud de Texas Children's tomará en cuenta todas las solicitudes razonables y debe aceptarlas si usted nos informa que correría peligro si no lo hacemos. Excepto por el plan de salud de Texas Children's, aceptaremos todas las solicitudes razonables. Usted deberá presentar esta solicitud por escrito y decirnos cómo y dónde desea que nos comuniquemos con usted.
- **Obtener una lista de con quién hemos compartido información.** Puede pedir una lista (o relación) de las veces que hemos compartido su información de salud, con quién y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con tratamientos, pagos u operaciones de salud, o ciertas otras divulgaciones (como las que nos haya pedido realizar). Incluiremos cada divulgación que hayamos realizado durante los últimos 6 (seis) años, a menos que usted solicite un periodo más corto. Le proporcionaremos una relación sin costo al año, pero le cobraremos una cuota razonable y basada en el costo si nos solicita otra en el transcurso de 12 meses.
- **Elegir a una persona para que actúe en su representación.** Si ha otorgado un poder legal médico o si una persona es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud. Nos aseguraremos que esta persona tenga tal autoridad y pueda actuar en su representación antes de emprender cualquier acción.
- **Presentar una queja si considera que sus derechos fueron violados.** Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos. Comuníquese a la Oficina de Defensa Familiar de Texas Children's al (832) 824-1919. También puede presentar

- **Choose someone to act for you.** If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.
- **File a complaint if you feel your rights are violated.** You may complain if you feel we have violated your rights by contacting the Texas Children’s Family Advocacy Office at (832) 824-1919. You may also file a complaint with the United States Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. *You will not be penalized or retaliated against in any way for filing a complaint.* We will not require you to waive your right to file a complaint as a condition of the provision of treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits.

Your Choices

For certain health information, you can tell us your choices about what we share. If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

In these cases, you have both the right and choice to tell us to:

- Share information with your family, close friends, or others involved in your care;
- Share information in a disaster relief situation; or
- Include your information in a hospital directory.

If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.

In the case of fundraising: We may use certain portions of your PHI, including your name, address, phone number, email address, age, gender, date of birth, the dates you received treatment or services at Texas Children’s, department(s) of service, treating physician(s), outcome information, and health insurance status to contact you for fundraising efforts to support hospital programs and operations. You can choose not to receive these communications. If you do not want Texas Children’s to contact you about a contribution or fundraising program, please contact the Development Office at optout@texaschildrens.org.

In these cases we never share your information unless you give us written permission:

- Most sharing of psychotherapy notes, which are kept separate from the rest of your medical record; and
- Marketing purposes.

Our Uses and Disclosures

How do we typically use or share your health information? We typically use or share your health information in the following ways.

- **Treat you.** We may use your health information and share it with other professionals who are treating you. We may share your health information with doctors, nurses, technicians, medical students, or other members of your health care team at Texas Children’s to keep them informed about your care status or condition as necessary. For example, a doctor treating you for diabetes may need to tell a dietitian that you have diabetes so appropriate meals can be arranged. We also may share your health information with people outside Texas Children’s who may be involved in your medical care, such as health care providers who will provide follow-up care after hospitalization, physical therapy organizations, medical equipment suppliers, laboratories, or pharmacies (verbal or electronic). We share medical records electronically with other health care providers. If you visit another provider who uses the same electronic medical record as Texas Children’s, they may have access to your medical record.
- **Payment.** We may use and share your health information to bill and get payment from your insurance company or a third party. For example, we may need to provide your health plan with information about treatment you received for an ear infection so that your health plan will pay us or reimburse you for the treatment. Also, we may share your health information with your other health care providers to assist those providers in obtaining payment from your insurance company or a third party. Texas Children’s Health Plan may use and share your health information as they pay for your services.
- **Run our organization.** We may use and share your health information to run our organization, improve your care, and contact you when necessary. For example, we use health information about you to manage your treatment and services or improve our services. We can also share your health information in a limited data set, which excludes

una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; llamando al 1-877-696-6775 o en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. *Usted no recibirá ninguna sanción o represalia por presentar una queja.* Tampoco le exigiremos que renuncie a su derecho a presentar una queja como condición para fines de tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o beneficios.

Sus decisiones

Con respecto a cierta información de salud, usted puede comunicarnos sus decisiones en cuanto a lo que nosotros compartimos. Si tiene una clara preferencia respecto de cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros y díganos qué quiere que hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de solicitarnos que:

- Compartamos información con su familia, sus amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Compartamos información en una situación de manejo de desastres.
- Incluyamos su información en un directorio de hospital.

Si usted no puede indicarnos su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos seguir adelante y compartir su información si consideramos que eso es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para aminorar la gravedad de una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad.

En caso de recaudación de fondos: podemos usar algunas partes de su información de salud protegida (IPS), incluyendo su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, edad, sexo, fecha de nacimiento, las fechas en que recibió tratamiento o servicios en Texas Children's, departamentos que le brindaron servicio, médicos responsables, información sobre resultados y estado del seguro médico para comunicarnos con usted a fin de recaudar fondos para apoyar los programas y las operaciones del hospital. Usted puede elegir no recibir estos comunicados. Si no desea que Texas Children's se comunique con usted respecto a los programas de aportaciones o recaudación de fondos, escriba a la Oficina de Desarrollo a optout@texaschildrens.org.

En estos casos nunca compartimos su información, a menos que usted nos otorgue su permiso por escrito:

- La mayoría de las situaciones de intercambio de notas de psicoterapia, las cuales se guardan por separado del resto de su expediente médico.
- Acciones con fines de comercialización.

Usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos su información de salud? Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

- **Para brindarle tratamiento.** Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén brindando tratamiento. Podemos compartir su información de salud con médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otros miembros de su equipo de atención médica en Texas Children's para mantenerlos informados sobre su estado de salud o enfermedad, según sea necesario. Por ejemplo, un médico que esté tratando su diabetes puede necesitar informar a un dietista que usted tiene diabetes de manera que pueda recibir los alimentos adecuados. También podemos compartir su información de salud con personas ajenas a Texas Children's que puedan estar involucradas en su atención médica, como proveedores de atención que le brindarán atención de seguimiento después de su hospitalización, centros de fisioterapia, proveedores de equipo médico, laboratorios clínicos o farmacias (de manera verbal o electrónica). Compartimos los expedientes médicos por medios electrónicos con otros proveedores de atención médica. Si usted visita a otro proveedor que utiliza el mismo expediente médico en formato electrónico que Texas Children's, es posible que se les brinde acceso a su expediente médico.
- **Para fines de pago.** Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener un pago de su compañía de seguros o de un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos proporcionar información a su plan de salud sobre el tratamiento que usted recibió para una infección de oído de manera que el plan de salud nos pague o le reembolse a usted el tratamiento. Asimismo, podemos compartir su información de salud con otros proveedores de atención médica para ayudarles a obtener un pago de su compañía de seguros o de un tercero. El Plan de Salud de Texas Children's puede usar y compartir su información de salud en el pago de los servicios que usted recibe.
- **Para desarrollar nuestra organización.** Podemos usar y compartir su información de salud para desarrollar nuestra organización, mejorar la atención que usted recibe y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, su información de salud se usa para controlar el tratamiento y los servicios que usted recibe o para mejorar nuestros servicios. También podemos compartir su información de salud en una serie de datos limitados que excluyen parte de la información que le pueda identificar. El Plan de Salud de Texas Children's no tiene permitido usar información de salud para decidir brindarle cobertura o determinar el precio de la cobertura.
- **Con socios comerciales.** Podemos compartir su información de salud con nuestros socios comerciales para cumplir con cualquiera de los fines enumerados anteriormente.
- **Por medios electrónicos.** Podemos compartir su información por medios electrónicos.

some identifying information. Texas Children's Health Plan is not allowed to use genetic information to decide whether to give you coverage or to decide the price of the coverage.

- **Business Associates.** We may share your health information with our business associates for any of the purposes listed above.
- **Electronic.** We may share your information electronically.

How else can we use or share your health information? We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes. For more information see: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

- **Help with public health and safety issues.** We may share health information about you for certain situations such as: preventing disease; helping with product recalls; reporting births and deaths; reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence; reporting reactions to medications or product problems; or preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety. We may share portions of your health information with local, state, and/or federal registry programs as required. We may share your health information for these activities in a limited data set, which excludes some identifying information.
- **Do research.** We may use or share your information for health research. We may share your health information for these activities in a limited data set, which excludes some identifying information.
- **Comply with the law.** We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to ensure we're complying with federal privacy law.
- **Respond to organ and tissue donation requests.** We may share health information about you with organ procurement organizations.
- **Work with a medical Examiner or funeral director.** We may share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.
- **Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests.** We may use or share health information about you: for workers' compensation claims; for law enforcement purposes or with a law enforcement official or correctional institution; with health oversight agencies for activities authorized by law; or for special government functions, such as military, national security, and presidential protective services.
- **Respond to lawsuits and legal actions.** We may share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.
- **Schools (including Child-Care Facilities, Early Childhood Programs, Primary and Secondary Schools).** We may share your immunization records with a school with a verbal authorization sometimes.

Texas Children's Responsibilities

We are required by law to maintain the privacy and security of your oral, written, and electronic PHI. Texas Children's maintains policies and procedures intended to protect PHI maintained by Texas Children's in any form. Workforce members with access to your PHI receive privacy training which covers the how PHI can be used and disclosed and actions they must take to safeguard your information. Our computer systems protect your electronic PHI at all times. We will let you know promptly if an incident occurs that may have compromised the privacy or security of your information. We will not sell your information. We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it. We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind. An Authorization form and Revocation of Authorization form are available on our website, <http://www.texaschildrens.org>, or by contacting the Texas Children's Privacy Office at (832) 824-2091.

Changes to This Notice

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, in our office and on our website at <http://www.texaschildrens.org>. This notice is effective April 1, 2016.

Contact

If you have any questions about this Notice or your privacy rights, or wish to obtain a form to exercise your rights as described above, you may contact Texas Children's Privacy Office at (832) 824-2091.

¿De qué otras formas podemos usar o compartir su información de salud? Tenemos permitido o se nos exige compartir su información de otras formas, generalmente que contribuyan al bienestar público, como la salud pública e investigaciones. Debemos cumplir varias condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para mayor información, visite la página www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

- **Para contribuir en asuntos de salud y seguridad pública.** Podemos compartir su información de salud en determinadas situaciones, como para prevenir enfermedades, ayudar a retirar productos del mercado, informar sobre nacimientos y muertes, informar sobre sospechas de abuso, maltrato, negligencia o violencia familiar, informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos, prevenir o aminorar una amenaza grave a la salud o la seguridad de alguna persona. También podemos compartir parte de su información de salud con programas de registros locales, estatales y federales, según se requiera. Podemos compartir su información de salud para estas actividades en una serie de datos limitados, que excluyen parte de la información que le pueda identificar.
- **Para realizar investigaciones.** Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas. Podemos compartir su información de salud para estas actividades en una serie de datos limitados, que excluyen parte de la información que le pueda identificar.
- **Para cumplir con las leyes.** Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si desea cerciorarse de que estamos cumpliendo con las leyes federales sobre privacidad.
- **Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos.** Podemos compartir su información de salud con organismos que se dedican a la adquisición de órganos.
- **Para trabajar con un médico forense o director funerario.** Podemos compartir información de salud con un médico forense o director funerario cuando una persona muere.
- **Para responder a solicitudes de compensación por accidentes de trabajo, solicitudes de las autoridades y otras peticiones gubernamentales.** Podemos usar o compartir su información de salud para responder a solicitudes de compensación por accidentes de trabajo, para fines de la aplicación estricta de la ley o para trabajar con las autoridades o una institución correccional, con agencias de supervisión médica relacionadas con actividades autorizadas por la ley o para cumplir con funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, seguridad nacional y protección presidencial.
- **Para responder a demandas legales y acciones judiciales.** Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial, administrativa o a un citatorio.
- **Para escuelas (que incluyen centros de cuidado infantil, programas de intervención de primera infancia y escuelas primarias y secundarias).** Podemos compartir sus registros de vacunación con una escuela siempre que conste una autorización verbal.

Responsabilidades de Texas Children's

La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información protegida de salud en forma oral, escrita y electrónica. Texas Children's mantiene políticas y procedimientos destinados a proteger la información protegida de salud que mantiene, cualquiera que sea su forma. Los miembros de la fuerza laboral que tienen acceso a su información protegida de salud reciben capacitación en cuanto a privacidad que se refiere a cómo se puede utilizar y divulgar dicha información, así como a qué medidas deben tomarse para resguardarla. Nuestros sistemas de computación protegen su información protegida de salud en forma electrónica en todo momento. Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pudiera comprometer la privacidad o la seguridad de su información. No venderemos su información. Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia de él. No usaremos ni compartiremos su información de otras formas que no sean las descritas en este documento, a menos que usted nos informe por escrito que podemos hacerlo. Si usted nos informa que podemos hacerlo, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión. Puede obtener formularios de autorización y de revocación de autorización en nuestro sitio web <http://www.texaschildrens.org> o bien, puede comunicarse a la Oficina de Privacidad de Texas Children's al (832) 824-2091.

Cambios a este Aviso

Podemos modificar los términos de este aviso y los cambios serán efectivos a toda la información que tengamos acerca de usted. Puede obtener el nuevo aviso a solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web <http://www.texaschildrens.org>. Este aviso estará vigente a partir del 1 de abril de 2016.

Comuníquese

Si tiene preguntas acerca de este aviso o sobre sus derechos de privacidad, o si desea obtener un formulario para ejercer sus derechos según se describe anteriormente, puede comunicarse a la Oficina de Privacidad de Texas Children's al (832) 824-2091.