



**Suplemento Para la Hoja de Información
Sobre las primeras vacunas de su bebé**

1. Estoy de acuerdo en que la persona cuyo nombre aparece más abajo reciba las vacunas marcadas más abajo.
2. He recibido o se me ha ofrecido una copia de la Hoja de Información sobre Vacunas (VIS) para las vacunas listadas más abajo.
3. Estoy enterado de cuáles son los riesgos de las enfermedades que estas vacunas previenen.
4. Estoy enterado de cuáles son los beneficios y los riesgos de las vacunas.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades que las vacunas previenen, sobre las vacunas mismas y sobre cómo estas se administran.
6. Estoy enterado de que la persona cuyo nombre aparece más abajo recibirá en su cuerpo las vacunas para prevenir las enfermedades que estas vacunas previenen.
7. Soy un adulto legalmente facultado para autorizar que la persona cuyo nombre aparece más abajo reciba las vacunas. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que se le administren estas vacunas.

Vacunas que se van a administrar: Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP) Hepatitis B (HepB)
 Haemophilus influenzae tipo b (Hib) Poliomielitis (IPV)
 Antineumocócica Conjugada (PCV13)

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)				
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo (marque uno)
				M F
Dirección	Ciudad	Condado	Estado TX	Código postal
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):				
x	_____			Fecha: _____
x	_____			Fecha: _____
Testigo				

Notificación Sobre Privacidad - Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Aviso sobre derechos de la vida privada: Yo admito haber recibido de mi proveedor de inmunización una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

Para uso de la clínica o de la oficina (For Clinic / Office Use Only)

Clinic / Office Address:	Date Vaccine Administered:
	Vaccine Manufacturer:
	Vaccine Lot Number:
	Site of Injection:
	Title of Vaccine Administrator:
	Signature of Vaccine Administrator:
	Date VIS Given:



Para uso de la clínica o de la oficina (For Clinic / Office Use Only)

Clinic / Office Address:	Date Vaccine Administered:
	Vaccine Manufacturer:
	Vaccine Lot Number:
	Site of Injection:
	Title of Vaccine Administrator:
	Signature of Vaccine Administrator:
	Date VIS Given:

Clinic / Office Address:	Date Vaccine Administered:
	Vaccine Manufacturer:
	Vaccine Lot Number:
	Site of Injection:
	Title of Vaccine Administrator:
	Signature of Vaccine Administrator:
	Date VIS Given:

Clinic / Office Address:	Date Vaccine Administered:
	Vaccine Manufacturer:
	Vaccine Lot Number:
	Site of Injection:
	Title of Vaccine Administrator:
	Signature of Vaccine Administrator:
	Date VIS Given:

Clinic / Office Address:	Date Vaccine Administered:
	Vaccine Manufacturer:
	Vaccine Lot Number:
	Site of Injection:
	Title of Vaccine Administrator:
	Signature of Vaccine Administrator:
	Date VIS Given:

Notice: Alterations or changes to this publication is prohibited.

Instructions: File this consent statement in the patient's chart.