



**Suplemento para la Hoja de Información de la Vacuna  
MMR (Sarampión, Paperas y Rubéola): *Lo que necesitas saber*  
Declaración de información sobre vacunas**

1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de la enfermedad que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, la vacuna y cómo se da la vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir la enfermedad que esta vacuna previene.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

Vacuna que se va a dar:  Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)       Sarampión y Rubéola  
 Sarampión                       Paperas                       Rubéola

| Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)                      |        |         |                                   |                      |
|--|--------|---------|-----------------------------------|----------------------|
| Apellido   | Nombre | Inicial | Fecha de nacimiento<br>(mm/dd/aa) | Sexo<br>(marque uno) |
|  |        |         |                                   | M      F             |
| Dirección  | Ciudad | Condado | Estado<br><b>TX</b>               | 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:                     |

**Notice:** Alterations or changes to this publication is prohibited.

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