Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas

Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna Contra Tétanos, Difteria y Tos Ferina (Tdap)

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: ☐ Vacuna contra Tétanos, Difteria y Tos Ferina (Tdap)

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	Código postal
			TX	

Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):

X _____ Fecha _____

_____ Fecha _____
Testigo

Para uso de la clínica o de la oficina
Clinic/Office Address:
Date Vaccine Administered:
Vaccine Manufacturer:
Vaccine Lot Number:
Site of Injection:
Signature of Vaccine Administrator:
Title of Vaccine Administrator:

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.state.tx.us 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).

Notice: Alterations or changes to this publication is prohibited without the express written consent of the Texas Department of State Health Services, Immunization Branch.

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