



**Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna
antimeningocócica ACWY: *Lo que necesita 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: Meningocócica Conjugada (MenACWY)

| 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: |

Notice: Alterations or changes to this publication is prohibited.

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