

# Distrito Escolar Independiente de Ennis

## 6<sup>th</sup> Vacunas para estudiantes de grado Escuela secundaria Álamo

2 de mayo de 2024

\*Por favor regístrate usando el siguiente enlace:

[https://form.jotform.com/auroraconcepts/student-vaccine-consent?School=Ennis\\_MS%20ISD](https://form.jotform.com/auroraconcepts/student-vaccine-consent?School=Ennis_MS%20ISD)

**Información para 6<sup>th</sup> calificadoros** –**MCV4** (meningitis) y **Tdap** (refuerzo contra el tétanos) -**ambos requeridos** por 7<sup>th</sup> calificación;

VPH opcional

**Fecha límite para inscribirse: 29 de abril de 2024**

\*Se verificarán todas las pólizas de seguro, incluido Medicaid, así que regístrese y proporcione toda la información del seguro utilizando el enlace anterior si planea participar.

\*Si no tiene seguro y pagará de su bolsillo, ¡envíe su información! Pondrá "NA" en todos los espacios en blanco del seguro.

Sin seguro:

18 años y menos: \$10/trago

19 años y más - precios para adultos - los precios variarán según la vacuna

Aurora Concepts, llc  
233 Hurst St. Suite B  
Center, TX 75935  
936-598-3296



# Formulario de Consentimiento Para Vacunas

## Participacion en Progama de Vacunas para Estudiantes

SI , Quiero Participar

NO, No Quiero Participar

Nombre Completo y Legal del Estudiante <i>(Primer Nombre, Inicial del Segundo, Apellido)</i>			Nombre de Escuela		
Nombre del Padre/Guardian <i>(Primer Nombre, Inicial del Segundo, Apellido)</i>			Campus		
Correo Electronico			Relacion al Estudiante		
Maestro	Grado	Fecha de Nacimiento <i>(mes/dia/año)</i>	Edad	Sexo	
Direccion	Ciudad	Codigo Postal	Telefono	Celular	

### Asegurnza

Aseguranza Privado     CHIP/STAR/Medicaid     Nativo Americano/Nativo de Alaska   
 Asegurana no cubre     Mi hijo(a) no tiene aseguranza *(Habrá un cobro de \$10/Vacuna)*

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_ Numero de Identificacion de Miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Titular: \_\_\_\_\_

Las leyes actuales de atención médica nos exigen que le facturemos a su compañía de seguros por la vacuna. No habrá gastos de bolsillo para los asegurados.

### Vacunas para ser administradas

HPV     MCV 4 *(necesario para la universidad)*     Men B *(recomendado)*     Tdap     Varicella  
 Hep A     Hep B     MMR     IPV     Dtap     Hib

Si usted tiene preguntas sobre salud, favor de contactar a su peditra o hable a Aurora Concepts al 936-598-3296 para hablar con una enfermera.

Reconozco que Aurora Concepts me brindo la oportunidad de leer el Aviso de Practicas de Privacidad y la Declaracion de Informacion CDC de Vacunas para las vacuna(s) indicadas en su sitio web: [www.auroraconcepts.net](http://www.auroraconcepts.net) en la pestana recursos para el paciente.

Doy mi permiso a Aurora Concepts y sus administradores para darle a mi hijo(a) la vacuna en mi ausencia, para comunicarme con otros proveedores de atencion medica, segun sea necesario, y para la entrada de datos, facturacion y almacenamiento de acuerdo con las normas del Departamento de Salud de Texas, para asegurar una atencion medica optima para mi hijo. Por la presente, libero a Aurora Concepts y el distrito escolar de mi hijo de cualquier responsabilidad relacionada con la adminitracion y los posibles efectos secundarios de la vacuna.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

### AREA PARA USO OFICIAL SOLO PARA LA ADMINISTRACION

	1	2	3	4	5	6
Clinic/Office Address	Aurora Concepts 233 Hurst St, Ste B Center, TX 75935	Aurora Concepts 233 Hurst St, Ste B Center, TX 75935	Aurora Concepts 233 Hurst St, Ste B Center, TX 75935	Aurora Concepts 233 Hurst St, Ste B Center, TX 75935	Aurora Concepts 233 Hurst St, Ste B Center, TX 75935	Aurora Concepts 233 Hurst St, Ste B Center, TX 75935
Publication Date of VIS						
Date VIS Given						
Vaccine Given						
Date Vaccine Administered						
Vaccine Manufacturer						
Vaccine Lot Number						
Site of Administration						
Signature of Vaccine Administrator						
Title of Vaccine Administrator						



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)
Consentimiento para Adultos



Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Sexo: Masculino Femenino Teléfono Correo electrónico

Dirección Núm. de apartamento o edificio

Ciudad Estado Código postal Condado

Nombre de la madre Apellido de soltera

Raza (seleccione todos los que correspondan): Indio americano o nativo de Alaska, Asiático, Negro o afroamericano, Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico, Blanco, Otro, Se negó a contestar. Grupo étnico (seleccione solo una): Hispanic o latino, No hispano o latino, Otro.

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2) es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida los registros de vacunación. Al darnos usted su consentimiento, los datos sobre sus vacunas se incluirán en el Registro de Inmunización de Texas.

Consentimiento para el registro y para divulgar los registros de inmunización a las personas o 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 de Inmunización de Texas.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario entre cuyas funciones está responder rápidamente a una emergencia.

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted es un socorrista o un familiar directo de un socorrista. Soy un SOCORRISTA. Soy un FAMILIAR DIRECTO (mayor de 18 años) de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR mis datos en el Registro de Inmunización de Texas. La persona (o su representante legalmente autorizado): Nombre escrito a mano, Fecha, Firma

Aviso de confidencialidad. Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo pide.

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to the Texas Immunization Registry. Retain this form in your client's record.

Questions? Tel: (800) 252-9152 • Fax: (512) 776-7790 • https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/ Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347