



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

Adult Safety Net (ASN) Program

ADULT ELIGIBILITY SCREENING RECORD

PURPOSE: To determine and record eligibility for the DSHS ASN Program. A record of the eligibility status of adults receiving vaccine supplied by DSHS must be maintained either in hard copy by the clinic providing the service or in an electronic system such as TWICES. Hard copies must be maintained for five (5) years. ASN eligibility screening and documentation of eligibility status must take place at each immunization visit to ensure eligibility status for the program.

Date of Screening: _____
(mm/dd/yy)

Name: _____
(Last) (First) (Middle initial)

Date of Birth: _____ Gender: Male Female Veteran: Yes No
(mm/dd/yy)

Important Information for Former Military Service Members

Women and men who served in any branch of the United States Armed Forces, including Army, Navy, Marines, Air Force, Coast Guard, Reserves or National Guard may be eligible for additional benefits and services. For more information, please visit the Texas Veterans Portal at www.veterans.portal.texas.gov.

Eligibility Criteria:

- I declare that I qualify for vaccines through the ASN Program because I do not have health insurance.
- I am 19 years of age and I have been referred to finish a vaccine series that I began when I was 18 years of age or younger and eligible under the Texas Vaccines for Children (TVFC) Program. This option is only available as long as I have not reached my 20th birthday. "Vaccine series" applies to Hepatitis A, Hepatitis B, Human Papillomavirus (HPV), Mumps, Measles, & Rubella (MMR), Varicella, and Meningococcal vaccines.

Referring Provider: _____

Patient Signature: _____ Date: _____
(mm/dd/yy)

NOTE: Knowingly falsifying information on this document constitutes fraud. By signing this form, I hereby attest that the above information is true and correct. I declare that the person named above is eligible to receive ASN vaccines.

With few exceptions, you have the right to request and to be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.texas.gov> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, and 559.004)



Texas Department of State Health Services

Programa de Protección Para Adultos (ASN)

REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN PARA ADULTOS

PROPÓSITO: determinar y registrar si una persona tiene derecho a participar en el Programa de Protección para Adultos (ASN) del DSHS. Este registro sobre el derecho a participar en el programa de los adultos que reciben vacunas del DSHS se debe conservar en papel en la clínica que presta el servicio o en un sistema electrónico como TWICES. Las copias en papel deben conservarse durante cinco (5) años. Cada vez que una persona vaya a vacunarse y a fin de garantizar que tiene derecho a participar en el programa, será necesario determinar y documentar si reúne los requisitos para acceder a este.

Fecha de la determinación: _____
(mm/dd/aa)

Nombre: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer Veterano: Sí No
(mm/dd/aa)

Información importante para antiguos integrantes de las Fuerzas Armadas

Los hombres y las mujeres que hayan formado parte de cualquiera de los cuerpos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluido el Ejército de Tierra, la Armada, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el Cuerpo de Reservistas o la Guardia Nacional) podrían tener derecho a recibir otros beneficios y servicios. Para obtener más información, visite el portal web de los veteranos de Texas en www.veterans.portal.texas.gov.

Requisitos para participar:

- Afirmo que reúno los requisitos para recibir vacunas a través del Programa ASN porque no tengo seguro médico.
- Tengo 19 años y me han derivado al programa para terminar de recibir la serie completa de vacunas que empecaron a administrarme cuando tenía 18 años o menos, y cumplo los requisitos para participar en el Programa de Vacunas para Niños de Texas (TVFC). La "serie de vacunas" incluye las vacunas contra la hepatitis A, la hepatitis B, el virus del papiloma humano (VPH), el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR), la varicela y la vacuna antimeningocócica.

Proveedor de referencia: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(mm/dd/aa)

NOTA: Falsificar información en este documento a sabiendas constituye un fraude. Al firmar este formulario, por este medio doy fe que la información es verdadera y correcta. Yo declaro que la persona nombrada arriba es una persona autorizada y reúne los requisitos para recibir vacunas del ASN.

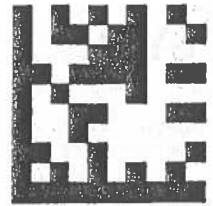
Salvo en casos excepcionales, tiene derecho a solicitar y estar al corriente de la información que recopile el estado de Texas sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar la información previa solicitud. También tiene derecho a solicitar a la agencia que corrija cualquier dato que se considere incorrecto. Para obtener más información sobre el aviso de privacidad, visite <http://www.dshs.texas.gov>. (fuente: Código Gubernamental, apartados 552.021, 552.023 y 559.004)



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

IMMUNIZATION REGISTRY (ImmTrac2)
ADULT CONSENT FORM



(Please print clearly)

Last Name

First Name

Middle Name

____/____/____

Date of Birth

Gender: Male Female

Address

Apartment #

____-____-____

Telephone

City

State

Zip Code

County

Mother's First Name

Mother's Maiden Name

ImmTrac2, the Texas immunization registry, is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). The immunization registry is a secure and confidential service that consolidates immunization records for public health purposes (e.g., giving all doctors treating a patient a central place to see that patient's immunization records). With your consent, your immunization information will be included in ImmTrac2. *For a family member younger than 18 years of age, a parent, legal guardian, or managing conservator may grant consent for participation for that minor by completing the ImmTrac2 Minor Consent Form (# C-7). The ImmTrac2 Minor Consent Form (# C-7) can be downloaded by visiting www.ImmTrac.com.*

The Texas Department of State Health Services encourages your voluntary participation in the Texas immunization registry.

Consent for Registration and Release of Immunization Records to Authorized Persons / Entities

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of my immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the state's central immunization registry, ImmTrac2. Once in ImmTrac2, my immunization information may by law be accessed by:

- a Texas physician, or other health care provider legally authorized to administer vaccines, for treatment of the individual as a patient;
- a Texas school in which the individual is enrolled;
- a Texas public health district or local health department, for public health purposes within their areas of jurisdiction;
- a state agency having legal custody of the individual;
- a payor, currently authorized by the Texas Department of Insurance to operate in Texas for immunization records relating to the specific individual covered under the payor's policy.

I understand that I may withdraw this consent at any time.

By my signature below, I **GRANT** consent for registration. I wish to **INCLUDE** my information in the Texas immunization registry.

Individual (or individual's legally authorized representative):

_____ Printed Name

_____ Date

_____ Signature

Privacy Notification: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.texas.gov> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

Upon completion, please fax or mail form to the DSHS ImmTrac2 Group or a registered Health-care provider.

Questions? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com

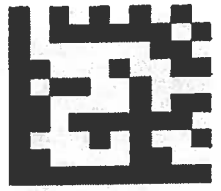
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.



Texas Department of State Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for last name

Apellido del Niño(a)

Grid for first name

Nombre del Niño(a)

Grid for second name

Segundo Nombre del Niño(a)

Grid for birth date

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

*Solamente niños menores de 18 años.

Género: Masculino Femenino

Grid for address

Dirección del Niño(a), Calle

Grid for apartment

Apartamento #

Grid for phone

Teléfono

Grid for city

Ciudad

Grid for state and county

Estado Código Postal Condado

Grid for mother's name

Nombre de la Madre

Grid for mother's last name

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad).

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas

Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2").

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
• el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
• la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
• la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
• el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group - MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes:

Escriba con letra de molde

Fecha

Firma

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.

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com

Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group - MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.

Screening Checklist for Contraindications to Inactivated Injectable Influenza Vaccination

PATIENT NAME _____

DATE OF BIRTH _____ / _____ / _____
month day year

For patients (both children and adults) to be vaccinated: The following questions will help us determine if there is any reason we should not give you or your child inactivated injectable influenza vaccination today. If you answer “yes” to any question, it does not necessarily mean you (or your child) should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

	yes	no	don't know
1. Is the person to be vaccinated sick today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the person to be vaccinated have an allergy to an ingredient of the vaccine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to influenza vaccine in the past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has the person to be vaccinated ever had Guillain-Barré syndrome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORM COMPLETED BY _____ DATE _____

FORM REVIEWED BY _____ DATE _____

Cuestionario de contraindicaciones para la vacuna inyectable contra la gripe

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
mes día año

Para pacientes adultos y para los padres de niños a los que se van a vacunar: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no deberíamos aplicar hoy la vacuna inyectable contra la influenza (la gripe) a usted o a su hijo. Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerles más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	sí	no	no sabé
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO LLENADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____



Addendum to Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): *What You Need to Know*
Vaccine Information Statement

1. I agree that the person named below will get the vaccine checked below.
2. I received or was offered a copy of the Vaccine Information Statement (VIS) for the vaccine listed above.
3. I know the risks of the disease this vaccine prevents.
4. I know the benefits and risks of the vaccine.
5. I have had a chance to ask questions about the disease the vaccine prevents, the vaccine, and how the vaccine is given.
6. I know that the person named below will have the vaccine put in his/her body to prevent the disease this vaccine prevents.
7. I am an adult who can legally consent for the person named below to get the vaccine. I freely and voluntarily give my signed permission for this vaccine.

***STATEMENT:** I authorize the release of any medical or other information necessary to process the claim. I also request payment of government benefits to the party who accepts assignment.

Provider Identification Number: _____

Medicare Beneficiary Identifier (MBI): _____

Vaccine to be given: Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant)

PRIVACY NOTIFICATION - With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.texas.gov> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

Privacy Notice: I acknowledge that I have received a copy of my immunization provider's HIPAA Privacy Notice.

Information about person to receive vaccine (Please print)				
Name: Last	First	Middle Initial	Birthdate (mm/dd/yy)	Sex (circle one)
				<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Address: Street	City	County	State TX	Zip
Signature of person to receive vaccine or person authorized to make the request (parent or guardian):				
X _____			Date: _____	
X _____			Date: _____	
Witness				

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.



Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna (inactiva o recombinante) contra la influenza (gripe): 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.

DECLARACION: Autorizo que se de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo. También pido pago de beneficios del gobierno al agente que acepte la asignatura.

Provider Identification Number: _____

Medicare Beneficiary Identifier (MBI): _____

Vacuna que se va a dar: [] Vacuna (inactiva o recombinante) contra la influenza (gripe)

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).

Form with sections: Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta), Apellido, Nombre, Inicial, Fecha de nacimiento, Sexo, Dirección, Ciudad, Condado, Estado, Código postal, Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal), Testigo.

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

Form with sections: 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.

Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): *What you need to know*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. Why get vaccinated?

Influenza vaccine can prevent influenza (flu).

Flu is a contagious disease that spreads around the United States every year, usually between October and May. Anyone can get the flu, but it is more dangerous for some people. Infants and young children, people 65 years and older, pregnant people, and people with certain health conditions or a weakened immune system are at greatest risk of flu complications.

Pneumonia, bronchitis, sinus infections, and ear infections are examples of flu-related complications. If you have a medical condition, such as heart disease, cancer, or diabetes, flu can make it worse.

Flu can cause fever and chills, sore throat, muscle aches, fatigue, cough, headache, and runny or stuffy nose. Some people may have vomiting and diarrhea, though this is more common in children than adults.

In an average year, **thousands of people in the United States die from flu**, and many more are hospitalized. Flu vaccine prevents millions of illnesses and flu-related visits to the doctor each year.

2. Influenza vaccines

CDC recommends everyone 6 months and older get vaccinated every flu season. **Children 6 months through 8 years of age** may need 2 doses during a single flu season. **Everyone else** needs only 1 dose each flu season.

It takes about 2 weeks for protection to develop after vaccination.

There are many flu viruses, and they are always changing. Each year a new flu vaccine is made to protect against the influenza viruses believed to be likely to cause disease in the upcoming flu season.

Even when the vaccine doesn't exactly match these viruses, it may still provide some protection.

Influenza vaccine **does not cause flu**.

Influenza vaccine may be given at the same time as other vaccines.

3. Talk with your health care provider

Tell your vaccination provider if the person getting the vaccine:

- Has had an **allergic reaction after a previous dose of influenza vaccine**, or has any **severe, life-threatening allergies**
- Has ever had **Guillain-Barré Syndrome** (also called "GBS")

In some cases, your health care provider may decide to postpone influenza vaccination until a future visit.

Influenza vaccine can be administered at any time during pregnancy. People who are or will be pregnant during influenza season should receive inactivated influenza vaccine.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting influenza vaccine.

Your health care provider can give you more information.



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): *Lo que necesita saber*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la influenza puede prevenir la influenza (gripe).

La gripe es una enfermedad contagiosa que se propaga cada año en Estados Unidos, generalmente entre octubre y mayo. Aunque cualquiera puede contraer la gripe, es más peligrosa para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, personas de 65 años o más, embarazadas y las personas con ciertas enfermedades o sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe.

La neumonía, bronquitis, infecciones sinusales e infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarla.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolor muscular, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Aunque algunas personas podrían tener vómito y diarrea, esto es más frecuente en niños que en adultos.

En un año promedio, **miles de personas mueren por influenza en Estados Unidos** y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene cada año millones de casos de la enfermedad y visitas al médico relacionadas con la gripe.

2. Vacuna contra la influenza

Los CDC recomiendan que todas las personas de 6 meses o más se vacunen en cada temporada de gripe. **En niños de 6 meses a 8 años**, se podrían necesitar 2 dosis durante una sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se produce una nueva vacuna contra la gripe, para proteger contra los virus de la influenza que se cree que probablemente causen enfermedad en la temporada venidera de gripe. Incluso si la vacuna no coincide exactamente con estos virus, todavía brindaría cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **Guillain-Barré Syndrome** (también llamado "GBS")

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza hasta una visita futura.

La vacuna contra la gripe se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo. Las personas que están o estarán embarazadas durante la temporada de influenza deben recibir la vacuna inactivada contra la influenza.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad

