



# 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](http://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)



# 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](http://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 empezaron a administrarme cuando tenía 18 años o menos, y cumpla 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)