



- 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: [] Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR) [] Sarampión y Rubéola [] Sarampión [] Paperas [] Rubéola

Formulario de información sobre la persona que va a recibir la vacuna, incluyendo campos para Apellido, Nombre, Inicial, Fecha de nacimiento, Sexo, Dirección, Ciudad, Condado, Estado (TX), Código postal, y Firmas con fechas.

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.

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)

Formulario para uso de la clínica/oficina con campos: 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 without the express written consent of the Texas Department of State Health Services, Immunization Unit.

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