



Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna Contra la Hepatitis B

- 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: [] Vacuna contra la Hepatitis B

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) y Código postal. Incluye también una sección para la firma de la persona a ser vacunada o la persona autorizada, con líneas para la fecha.

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.

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 u oficina con campos para: Clinic / Office Address, Date Vaccine Administered, Vaccine Manufacturer, Vaccine Lot Number, Site of Injection, Title of Vaccine Administrator, Signature of Vaccine Administrator, y 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.