



**Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas  
Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna  
contra la Fiebre Amarilla**

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:  Fiebre Amarilla

| Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)                      |        |         |                                |               | Sexo (marque uno) |  |
|--|--------|---------|--------------------------------|---------------|-------------------|--|
| Apellido   | Nombre | Inicial | Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) |               |                   |  |
|  |        |         |                                | M             | F                 |  |
| Dirección  | Ciudad | Condado | Estado                         | Código postal |                   |  |
|  |        |         | <b>TX</b>                      |               |                   |  |
| Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal): |        |         |                                |               |                   |  |
| X _____  |        |         | Fecha _____                    |               |                   |  |
| X Testigo _____  |        |         | Fecha _____                    |               |                   |  |
| Para uso de la clínica o de la oficina<br>Clinic/Office Address:   |        |         |                                |               |                   |  |
| Date Vaccine Administered:   |        |         |                                |               |                   |  |
| Vaccine Manufacturer:  |        |         |                                |               |                   |  |
| Vaccine Lot Number:  |        |         |                                |               |                   |  |
| Site of Injection:   |        |         |                                |               |                   |  |
| Signature of Vaccine Administrator:  |        |         |                                |               |                   |  |
| Title of Vaccine Administrator:  |        |         |                                |               |                   |  |

**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).

**Notice:** Alterations or changes to this publication is prohibited without the express written consent of the Texas Department of State Health Services, Immunization Branch.

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