

**TARRANT COUNTY PUBLIC HEALTH**  
**Immunization Registration**

**HOUSEHOLD INFORMATION**

Street Address	Apt #	City	County	State	Zip Code

**NAME CLIENT / CHILD**

Last Name		First Name			Middle Name	
Social Security Number	Date of Birth	Sex	Race	Age	Home Phone Number	
	<i>Month/Day/Year</i>				(      )	

**MOTHER/FATHER/GUARDIAN**

Last Name	First Name	Date of Birth	Maiden Name	Sex	Race
		<i>Month/Day/Year</i>			

**TEXAS VACCINE FOR CHILDREN PROGRAM – PATIENT ELIGIBILITY SCREENING RECORD**

Purpose: To determine eligibility and the source of funds for the Texas Department of Health to be reimbursed for vaccines.

A record must be kept in the office of the health care provider that reflects the status of all children 18 years of age or younger, who receive immunizations through the Texas Vaccines for Children Program. The record may be completed by the parent, guardian, or individual of record, or by the health care provider. This same record may be used for all subsequent visits as long as the child's eligibility status has not changed. While verification of responses is not required, it is necessary to retain this or a similar record for each child receiving vaccines.

The above named child qualifies for vaccines through the Texas Vaccines for Children Program because he/she **(check 1<sup>st</sup> category that applies, check only one)**

- ( a ) enrolled in Medicaid or
- ( b ) does not have health insurance or
- ( c ) is an American Indian or
- ( d ) is an Alaskan Native or
- ( e ) is underinsured (has health insurance that Does Not pay for vaccines ) & routinely referred to a facility that is not a Federally Qualified Health Rural Health Clinic for immunizations or
- ( f ) is a patient who is served by any type of public health clinic and does not meet any of the above criteria or
- ( g ) is a patient who receives benefits from the Children's Health Insurance Plan (CHIP).
- ( h ) has private insurance, or is paying for services.

**SCREENING QUESTIONNAIRE FOR TODAY'S IMMUNIZATIONS**

**For parents and guardians: This form helps us decide which vaccines should be given in clinic today. Please answer these questions by checking the boxes. If the question is not clear, please ask the nurse or doctor to explain it.**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | YES                      | NO                       |
| 1. Is the child sick today?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Does the child have allergies to medications, eggs, gelatin, baker's yeast or to any previous vaccines                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Has the child had a seizure or a brain problem?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Does the child have cancer, leukemia, AIDS, or any other immune system problem?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Has your child taken cortisone, prednisone, other steroids, or anticancer drugs, or had radiation treatments in the past 3 months? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Has the child received blood, plasma, or gamma globulin in the past six month?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Is the child pregnant or at risk for becoming pregnant within the next three months?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Has your child received any vaccinations in the <u>past 4 weeks</u> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Has the child ever had the chickenpox (Varicella) illness or chickenpox (Varicella) immunization?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Has your child received Tdap vaccine on or after 10 <sup>th</sup> birthday?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Date of chickenpox illness \_\_\_\_\_ or Date of chickenpox immunization \_\_\_\_\_  
(give month & year)

**VACCINATION CONSENT:** I received a copy of the Vaccine Information Statement for each vaccine. I know the risks of the disease each vaccine prevents. I know the benefits and risks of each vaccine. I have had a chance to ask questions about the diseases, the vaccines and how the vaccines are given. I know that the person receiving the vaccine will have the vaccine put in his or her body to prevent an infectious disease. I am an adult who can legally consent for the person named above to get vaccines. I have read and answered all the questions above to the best of my knowledge. I freely and voluntarily give my signed permission for the vaccine listed below.

SIGNATURE \_\_\_\_\_  
Parent, Guardian, or Managing Conservator

Date \_\_\_\_\_

SIGNATURE \_\_\_\_\_  
School Nurse

Date \_\_\_\_\_

**( FOR OFFICE USE ONLY )**

					VIS Date		
Vaccine to be given	Date given	Series	Mfg.	Lot #	Site	Clinic	Given by

**TARRANT COUNTY PUBLIC HEALTH**  
**Immunization Registration**

**INFORMACION de la FAMILIA**

Dirección	Apt #	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal

**NOMBRE DEL CLIENTE / NIÑO**

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre			
Numero de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	Edad	Numero de Teléfono
	<i>Month/Day/Year</i>				(    )

**MAMA/PADRE/GUARDIAN**

Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	Apellido soltero
		<i>Month/Day/Year</i>			

**Programa de Texas de Vacunas para Niñas/Niños Información sobre la elegibilidad del Paciente**

Propósito: Para determinar la elegibilidad y el origen de los fondos para reembolsar al Departamento de Salud de Texas por las vacunas. En la oficina del profesional de la salud se debe conservar un certificado que indique la elegibilidad de todos los niños/niñas que reciban vacunas por medio del programa "Texas Vaccines for Children", hasta que cumplan los 18 años. El registro (la forma) se puede llenar por los padres, tutores legales, la persona que reciba la vacuna, o el profesional de la salud. Este mismo registro se puede usar durante todas las visitas siguientes mientras que la condición de elegibilidad del niño/niña no cambie. No se requiere que las respuestas se verifiquen, pero es necesario conservar este registro o uno igual para cada niño/niña que reciba vacunas.

Nombre del profesional de la salud : **TARRANT COUNTY PUBLIC HEALTH DEPARTMENT**

El niño/niña nombrado arriba tiene derecho a recibir vacunas por medio del programa "Texas Vaccines for Children" porque él o ella **(marque la categoría correspondiente, marque solamente una):**

- (a) MEDICAID: recibe beneficios de Medicaid o
- (b) no tiene seguro de salud o
- (c) pertenece a una tribu indígena de los Estados Unidos o
- (d) pertenece a un grupo indígena de Alaska o
- (e) tiene un seguro de salud limitado (su seguro de salud NO paga por las vacunas) y por lo regular lo mandan a vacunarse a un Centro de Salud que no está calificado por el Gobierno Federal ni es una Clínica Rural de Salud.
- (f) es un paciente que se atiende en clínicas de salud pública y no está incluido en ninguna de las categorías anteriores o
- (g) CHIP: es paciente que recibe beneficios del Children's Health Insurance Plan (CHIP).
- (h) es un paciente que recibe servicios de cualquier clínica pública y no reúne ninguno de los criterios indicados anteriormente.

**CUESTIONARIO DE INVESTIGACION PARA INMUNIZACIONES DE HOY**

**Para padres y tutores: Este cuestionario nos ayuda a decidir cuales vacunas deben administrarse en la clínica hoy mismo. Por favor, conteste estas preguntas marcando los cuadros. Si no entiende alguna de las preguntas, por favor pregunte a la enfermera o al doctor para que se le explique. Si usted es el adulto recibiendo la vacuna(s), favor de completar este formulario como si usted fuera el "niño".**

	Si	No
1. ¿Esta el niño enfermo hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene el niño alérgico a medicamentos, huevos, gelatina, levadura o alguna otra vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha padecido el niño alguna reacción seria a alguna de las vacunas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha sufrido el niño algún ataque o problema neurológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Padece el niño de cáncer o cualquier otra enfermedad del sistema inmunológico o toma cortisona, prednisona o otros esteroides o drogas anticancer radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Padece alguna persona que viva con o cuide el niño de cáncer o cualquier otra enfermedad del sistema inmunológico o toma cortisona, prednisona o otras esteroides o drogas anticancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha recibido el niño alguna transfusión de sangre, plasma, o una medicina llamada globulina inmunológica durante los últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Esta la paciente embarazada o en riesgo de quedar embarazada antes de tres meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿ Ha recibido el niño vacunas durante los últimos 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha padecido (tenido) el niño de la varicella (viruelas locas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Su niño/niña a recibido l vacuna Tdap a los 10 anos o después?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de la enfermedad de la varicela: \_\_\_\_\_  
Mes/años

Fecha de la vacuna varicela: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DE VACUNAS:** Recibí una hoja con información sobre cada vacuna. Conozco los riesgos de las enfermedades que cada vacuna previene. Conozco los beneficios y riesgos que estas vacunas tienen. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, las vacunas, y como son administradas las vacunas. Se que esta persona recibirá cada vacuna en su cuerpo para prevenir una enfermedad contagiosa. Soy adulto, y soy la persona quien puede dar el consentimiento para que esta persona reciba las vacunas. Libremente y voluntariamente doy mi firma de consentimiento para estas vacunas.

**FIRMA** \_\_\_\_\_  
Padre, Guardian, Tutor

**FECHA** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE** \_\_\_\_\_  
School Nurse

**Date** \_\_\_\_\_

**( FOR OFFICE USE ONLY )**

Vaccine to be given	Date given	Series	Mfg.	Lot #	VIS Date	Site	Clinic	Given by

