

DATE : 	Vaccine Administration Consent Form / Forma De Consentimiento Administrativa De Vacuna(s)	CLINIC :
-------------------	--	---------------------

CONSENT STATEMENT/DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

English: I agree that the person named below will receive the vaccine(s) indicated and that this person will have a vaccine put in his or her body to prevent infectious disease(s). I received a copy of the Vaccine Information Statement(s) (VIS) for these vaccines. I know the risks of the diseases these vaccines prevent, and the benefits and risks of the vaccines. I have had a chance to ask questions about the diseases, the vaccines, and how the vaccines are given. I understand that the vaccination information of the person named below shall be recorded in the San Antonio Metropolitan Health District (SAMHD) immunization registry and that this record may be shared with the Texas Immunization Registry, health care providers, schools, or child care organizations. I understand that I may inspect or obtain a copy this person's immunization record, have errors corrected in the registry and withdraw information from the registry by submitting a Request to Opt Out of SAIRS form to SAMHD. I am an adult who can legally consent for the person named below to get vaccines. I freely and voluntarily give my signed permission for these vaccines to be given. I have received information about the HIPAA privacy notification.

Español: Entiendo que la persona nombrada abajo recibirá las vacunas indicadas y que esta persona tendrá una vacuna puesta en su cuerpo para prevenir enfermedades infecciosas. Recibí una copia de las declaraciones de la información de vacuna (VIS) para estas vacunas. Sé los riesgos de las enfermedades que estas vacunas previenen, y las ventajas y los riesgos de las vacunas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de las enfermedades, las vacunas, y cómo se dan las vacunas. Entiendo que la información de vacunación mía o de mis hijos se inscribirá en el Sistema de Registro de Inmunizaciones del Distrito Metropolitano de Salud de San Antonio (Metro de Salud) y que este registro puede ser compartido con el Sistema de Registro de Inmunizaciones de Texas, con doctores de salud, con las escuelas o con organizaciones responsables del cuidado de los niños. Entiendo que puedo inspeccionar o obtener una copia del registro de vacunación mía o de mis hijos, pedir que errores sean corregidos en el Sistema de Registro, y pedir que retiren información mía o de mis hijos del Sistema de Registro presentando una solicitud con el formulario Opción para Retirar de SAIRS al Programa de Inmunizaciones del Metro de Salud. Soy un adulto que puedo consentir legalmente para la persona nombrada abajo conseguir vacunas. Doy libremente y voluntariamente mi permiso firmado para que estas vacunas sean dadas. He recibido la información sobre la notificación de la ley de HIPAA.

Patient's Information (Please Print) / Informacion Del Paciente (Por favor use letra de molde)

Last Name / Nombre del Primer Apellido	First Name / Primer Nombre	M.I.	Date of Birth / Fecha de Nacimiento	Gender / Sexo	Twin / Gemelo
			<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		
Address / Direccion		Apt. #	Telephone / Telefono		

City / Ciudad	County / Condado	State / Estado	Zip Code / Zona Postal
---------------	------------------	----------------	------------------------

Name of Guardian / Nombre de la persona autorizada para ser el pedido

Last Name / Nombre del Primer Apellido	First / Primer Nombre	M.I.	Relationship to Patient / Relación con el Paciente
--	-----------------------	------	--

Guardian Signature / Firma de la persona autorizada para ser el pedido	Date / Fecha	Mother's Maiden Name / Apellido de soltera di madre
--	--------------	---

To Be Filled Out By Administrator

Check Patient Insurance / VFC Category				
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> CHIP	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Private Insurance	#
<input type="checkbox"/> Underinsured (Not insured for immunizations)	<input type="checkbox"/> No Insurance	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native	<input type="checkbox"/> Other	

SAIRS Patient ID #	Clinic Name:
--------------------	--------------

<input type="checkbox"/> HEP B MFR: <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="checkbox"/> HEP B-HIB MFR: <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> HEP B/ HEP A (Twinrix) Site <input type="text"/> <input type="checkbox"/> HEP B 2 Dose/ 1,0 mL Series Lot # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> HEP A MFR: <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Other Site <input type="text"/> Lot # <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DTaP MFR: <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> DTaP-IPV (Kinrix) Site <input type="text"/> <input type="checkbox"/> DTaP-HepB-IPV (Pediarix) <input type="checkbox"/> DTaP-Hib-IPV (Pentacel) Site <input type="text"/> <input type="checkbox"/> DTaP-Hib Lot # <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MCV4 (Menactra) MFR: <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> MCV40 (Menveo) <input type="checkbox"/> Novartis <input type="checkbox"/> MPSV4 <input type="checkbox"/> Other Lot # <input type="text"/> Site <input type="text"/> <input type="checkbox"/> HPV4 (Gardasil) MFR: <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> HPV2 (Cervarix) <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="checkbox"/> Other Site <input type="text"/> Lot # <input type="text"/> Site <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> RTV (Rotateq) MFR: <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> RTV (Rotarix) <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="checkbox"/> Other Site <input type="text"/> Lot # <input type="text"/> Site <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> HIB (PRP-T) MFR: <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> HIB (PRP-OMP) <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="checkbox"/> HIB (PRP-D) <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Hiberix (booster) <input type="checkbox"/> Other Site <input type="text"/> Lot # <input type="text"/> Site <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> FLU (P-Free) MFR: <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> FLU (Seasonal) <input type="checkbox"/> Novartis <input type="checkbox"/> FLU (LAIV-Nasal) <input type="checkbox"/> MedImmune <input type="checkbox"/> Other Site <input type="text"/> Lot # <input type="text"/> Site <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PCV13 MFR: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> PPV23 <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Other Site <input type="text"/> Lot # <input type="text"/> Site <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Varicella MFR: <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Other Site <input type="text"/> Lot # <input type="text"/> Site <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OTHER: _____ MFR: <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> Other: _____ Vaccine NDC: _____ Lot # <input type="text"/> Site <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IPV MFR: <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> Other Site <input type="text"/> Lot # <input type="text"/> Site <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MMR MFR: <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> MMRV <input type="checkbox"/> Other Site <input type="text"/> Lot # <input type="text"/> Site <input type="text"/>	

Print Administrator First Name and Last Name	X	Date of Vaccine Administration
--	----------	--------------------------------