

All Vaccines Intake Form MINOR (0-17)



**HOUSTON HEALTH
DEPARTMENT**

Registrar Name: _____

IMMTRAC2 ID: _____

PATIENT INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Date/ Fecha: _____

Last Name/ Apellido

First name/ Nombre

Middle Initial/ Inicial Media

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento

Age/Edad

Sex at Birth/Sexo al nacer

Mother's Maiden Name/ Apellido de Madre

☐ Male/ Hombre ☐ Female/ Mujer

Gender/ Género:

☐ Male/Hombre

☐ Female/Mujer

☐ Transgender/Transgénero

☐ Non-binary/No binario

☐ Questioning/interrogatorio

☐ Other /Otro

☐ Choose not to disclose/elige no revelar

Race/ Raza: ☐ White/Blanco

☐ Black/Negro

☐ American Indian or Alaska Native/ Indio Americano o native de Alaska

☐ Asian/Asiático

☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander/ Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacifico

☐ Other/Otro

Ethnicity/Etnia:

☐ Hispanic/Hispano ☐ Not Hispanic/ No Hispano

Street Address/ Dirección:

Apt#:

City/ Ciudad:

Zip/ Zona Postal:

Telephone#/ Número de teléfono:

What is your occupation/ Cual es tu ocupacion?:

INSURANCE/ SEGURO

Please select your insurance status and write in your insurance number if available / Por favor seleccione su estado de seguro y escriba su número de seguro si está disponible:

☐ Medicaid#: _____

☐ Other / otro (please specify/ por favor especifica): _____

☐ CHIP #: _____

☐ Uninsured / sin seguro

☐ Medicare #: _____

☐ Underinsured / subasegurado

☐ Private Insurance/ Seguro privado (please specify/ por favor especifica): _____

READ, SIGN AND DATE/ LEER, FIRMAR Y FECHAR:

I received a copy and read, or had explained to me, the information contained in the appropriate "COVID-19 Vaccine Fact Sheet"/ "Vaccine Information Statement (VIS)" about the disease(s) and vaccine(s) and test(s) indicated below and/or on the back of this page. I had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I believe that I understand the benefits and risks of the vaccine(s) and /or blood test(s) and request that the vaccines checked above be given to me or to the person named above for whom I am authorized to make this request. The doctor or clinic may keep this record in your medical file or your child's medical file. I received a copy of the Houston Health Department Notice of HIPAA Privacy Practices. The doctor or clinic may keep this record in your medical file or your child's medical file.

He recibido una copia y he leído, o me han explicado, que la información contenida en la "Hoja informativa de la vacuna COVID-19"/ "Declaración de Información sobre la vacuna (VIS)" sobre la enfermedad o las vacunas y las pruebas indicadas debajo y/o en la parte trasera de esta página. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la (s) vacuna (s) y / o análisis de sangre y solicito que las vacunas marcadas arriba se me administren a mí o a la persona designada arriba a quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA del Departamento de Salud de Houston. El médico o la clínica pueden mantener este registro en el registro médico o médico del niño.

Signature of patient/parent/guardian/ Firma del paciente/padre/guardián:

Date/Fecha:

Name of parent/guardian if patient is a minor/ Nombre del padre/guardián si el paciente es menor de edad

Parent/guardian Date of Birth/ Fecha de

Note: Parents or guardians' signature is required if vaccine recipient/patient is a minor.

Nacimiento del Padre/guardian

FOR CLINIC USE ONLY/ SÓLO PARA USO INTERNO

**FOR ALL COVID-19 VACCINE PLEASE SEE THE BACK OF THIS PAGE/
PARA TODAS LAS VACUNAS DE COVID-19 POR FAVOR VEA LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PÁGINA**

Provider Name and Title (Print):

Date:

Updated: 10/26/2023

COVID-19 VACCINES ONLY
FOR OFFICE USE ONLY | SÓLO PARA USO INTERNO

Vaccine & Injection Volume	Dose	No.	CPT Code	Mfr.	Lot Number	Site	VIS Date	Date VIS Given
2023-2024 Updated Novavax(≥ 12yrs. +) 0.5 mL	5 µg rS; 50 µg adjuvant	1 2	91304	Novavax		LD RD	10/3/2023	

Vaccine & Injection Volume	Dose	2023-2024 Formula Dose No.	CPT Code	Mfr.	Lot Number	Site	VIS Date	Date VIS Given
2023-2024 Updated Pfizer (6mo-4yrs) 0.3 mL	3 µg	1 2 3	91318	Pfizer BioNTech			9/11/2023	
2023-2024 Updated Pfizer (5-11yrs) 0.3 mL	3 µg	1 2 3	91319	Pfizer BioNTech		LD RD	9/11/2023	
2023-2024 Updated Moderna (6mo-11yrs) 0.25 mL	25 µg	1 2 3	91313	Moderna Inc.		LD RD	9/11/2023	
2023-2024 Updated COMIRINITY [Pfizer] (12yrs +) 0.3mL	30 µg	1 2 3	91320	Pfizer BioNTech		LD RD		
2023-2024 Updated SPIKEVAX [Moderna] (12yrs +) 0.5mL	50 µg	1 2 3	91322	Moderna Inc.		LD RD		
Age 5 & Under: under Medical Supervision? Yes () No () If No, Refer to Medical Home?								

Provider Name (print)

Provider Title

Provider Signature

Date

Clinic Name

FOR OFFICE USE ONLY | SÓLO PARA USO INTERNO

Vaccine	No.	CPT Code	Mfr.	Lot Number	Site	Route	Dose	VIS Date	Date VIS Given
DTaP		90700	GSK Sanofi					8/6/2021	
DT (Child)		90702	Sanofi						
IPV		90713	Sanofi					8/6/2021	
HIB		90648	Merck Sanofi GSK					8/6/2021	
DTap/IPV (Kinrix)		90696	GSK					8/6/2021	
HPV9		90651	Merck					8/6/2021	
MMR II		90707	Merck					8/6/2021	
MMRV		90710	Merck					8/6/2021	
HEP A (Pedi)		90633	GSK					10/15/2021	
HEP B (Pedi)		90744	GSK					5/12/2023	
HEP A (Adult)		90632	GSK					10/15/2021	
HEP B (Adult)		90746	GSK					5/12/2023	
HEP A/B (Adult)		90636	GSK					10/15/2021 & 5/12/2023	
Td		90714	Sanofi Grifols					8/6/2021	
Tdap		90715	Sanofi GSK					8/6/2021	
Varicella		90716	Merck					8/6/2021	
Pprevnar 13		90670	Pfizer					5/12/2023	
Pprevnar 20 (Adult)		90677	Pfizer					5/12/2023	
Pneumovax 23		90732	Merck					10/30/2019	
Fluloval (6mo-older) 0.5mL		90686	GSK					8/6/2021	
Flucelvax (6mo-older) 0.5mL		90674	Seqirus					8/6/2021	
DTaP/Hib/IPV (Pentacel)		90698	Sanofi					8/6/2021	
DTaP/IPV/HEP B (Pediatrix)		90723	GSK					8/6/2021 & 5/12/2023	
DTap/IPV/HIB/HEP B (Vaxelis)		90697	Merck					8/6/2021 & 5/12/2023	
Rotavirus		90680	Merck					10/15/2021	
MCV4		90734	GSK Sanofi					8/6/2021	
MEN B- Bexsero		90620	GSK					8/6/2021	
MEN B- Trumenba		90621	Pfizer					8/6/2021	
Fluzone (6mo – older) 0.5mL		90685	Sanofi P.					8/6/2021	
Fluzone High-High Dose (65+) 0.7mL		90622	Sanofi P.					8/6/2021	
Other:									

= City Purchase

Age 5 & Under: under Medical Supervision? Yes () No () If No, Refer to Medical Home?

Provider Name (print)

Provider Title

Provider Signature

Date

8000 North Stadium Drive
Houston, TX 77054

Intentionally Left Blank

Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens

PATIENT NAME _____

DATE OF BIRTH _____ / _____ / _____
month day year

For parents/guardians: The following questions will help us determine which vaccines your child may be given today. If you answer “yes” to any question, it does not necessarily mean your child should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

	yes	no	don't know
1. Is the child sick today?	☐	☐	☐
2. Does the child have allergies to medicine, food, a vaccine component, or latex?	☐	☐	☐
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	☐	☐	☐
4. Does the child have a long-term health problem with heart, lung, kidney, or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, a blood disorder, a cochlear implant, or a spinal fluid leak? Is he/she on long-term aspirin therapy?	☐	☐	☐
5. For children age 2 through 4 years: Has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months?	☐	☐	☐
6. For babies: Have you ever been told that the child had intussusception?	☐	☐	☐
7. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had a brain or other nervous system problem?	☐	☐	☐
8. Does the child have an immune-system problem such as cancer, leukemia, HIV/AIDS?	☐	☐	☐
9. In the past 6 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs to treat rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments?	☐	☐	☐
10. Does the child's parent or sibling have an immune system problem?	☐	☐	☐
11. In the past year, has the child received immune (gamma) globulin, blood/blood products, or an antiviral drug?	☐	☐	☐
12. Is the child/teen pregnant?	☐	☐	☐
13. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?	☐	☐	☐
14. Has the child ever felt dizzy or faint before, during, or after a shot?	☐	☐	☐
15. Is the child anxious about getting a shot today?	☐	☐	☐

FORM COMPLETED BY _____ DATE _____

FORM REVIEWED BY _____ DATE _____

Did you bring your immunization record card with you? yes ☐ no ☐

It is important to have a personal record of your child's vaccinations. If you don't have one, ask the child's healthcare provider to give you one with all your child's vaccinations on it. Keep it in a safe place and bring it with you every time you seek medical care for your child. Your child will need this document to enter day care or school, for employment, or for international travel.



Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
mes día año

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos administrar a su hijo hoy. Si responde “sí” a alguna pregunta, no necesariamente significa que no se debe vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, solicítele a su proveedor de atención médica que se la explique.

	sí	no	no sé
1. ¿El niño está enfermo hoy?	☐	☐	☐
2. ¿El niño es alérgico a algún medicamento, alimento, componente de vacunas o al látex?	☐	☐	☐
3. ¿El niño ha tenido alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
4. ¿El niño tiene algún problema de salud crónico en los pulmones, el corazón o los riñones, o sufre de enfermedad metabólica (p. ej., diabetes), asma, un trastorno de la sangre, no tiene bazo, tiene deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o derrame de líquido cefalorraquídeo? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	☐	☐	☐
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años, ¿le ha dicho algún proveedor de atención médica que el niño tuvo sibilancia o asma en los últimos 12 meses?	☐	☐	☐
6. Si el niño es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que tuvo intususcepción?	☐	☐	☐
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o uno de sus padres ha tenido convulsiones; o el niño ha tenido problemas cerebrales o algún otro problema del sistema nervioso?	☐	☐	☐
8. ¿El niño o un miembro de su familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario?	☐	☐	☐
9. ¿Uno de los padres, hermanos o hermanas del niño tiene algún problema en su sistema inmunitario?	☐	☐	☐
10. ¿En los últimos 3 meses, el niño ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, tales como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis, o tuvo tratamientos de radiación?	☐	☐	☐
11. Durante el año pasado, ¿el niño recibió una transfusión de sangre o de productos sanguíneos, o se le administró inmunoglobulina, gammaglobulina o algún medicamento antiviral?	☐	☐	☐
12. ¿La niña/adolescente está embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐
13. ¿Se le aplicó alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐

FORMA LLENADA POR _____ FECHA _____

FORMA REVISADA POR _____ FECHA _____

¿Trajo su cartilla de vacunación consigo? sí ☐ no ☐

Es importante que tenga un registro personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al proveedor de atención médica de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo con usted todas las veces que busque atención médica para su hijo. Su hijo necesitará este documento para ingresar a la guardería o a la escuela, para obtener empleo o para viajar al extranjero.

“Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens”

Saint Paul, Minnesota • 651-647-9009 • www.immunize.org • www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4060-01.pdf • Item #P4060-01 Spanish (10/20)



A record of all children 18 years of age or younger who receive immunizations through the Texas Vaccines for Children (TVFC) Program must be kept in the health care provider's office for a minimum of five (5) years. The record may be completed by the parent, guardian, individual of record, or by the health care provider. TVFC eligibility screening and documentation of eligibility status must take place with each immunization visit to ensure eligibility status for the program. While verification of responses is not required, it is necessary to retain this or a similar record for each child receiving vaccines under the TVFC Program.

1. Child's Name: _____
Last Name First Name MI
2. Child's Date of Birth: ____/____/____
MM DD YYYY
3. Parent, Guardian, or Individual of Record: _____
Last Name First Name MI
4. Primary Provider's Name: _____
Last Name First Name MI
5. To determine if a child (0 through 18 years of age) is eligible to receive federal vaccine through the TVFC Program, at each immunization encounter or visit, enter the date and mark the appropriate eligibility category. If Column A - F is marked, the child is eligible for the TVFC Program. If column G is marked the child is not eligible for federal VFC vaccine.

Date	Eligible for VFC Vaccine				State Eligible		Not Eligible
	A	B	C	D	E	F	G
	Medicaid Enrolled	No Health Insurance	American Indian or Alaskan Native	* Underinsured served by FQHC, RHC, or deputized provider	** Other underinsured	*** Enrolled in CHIP	Has health insurance that covers vaccines

* Underinsured includes children with health insurance that does not include vaccines or only covers specific vaccine types. Children are only eligible for vaccines that are not covered by insurance. In addition, to receive VFC vaccine, underinsured children must be vaccinated through a Federally Qualified Health Center (FQHC), a Rural Health Clinic (RHC), or under an approved deputized provider. The deputized provider must have a written agreement with an FQHC or an RHC and the state, local, or territorial immunization program in order to vaccinate underinsured children.

** Other underinsured are children that are underinsured but are not eligible to receive federal vaccine through the TVFC Program because the provider or facility is not an FQHC or an RHC, or a deputized provider. However, these children may be served if vaccines are provided by the state program to cover these non-TVFC-eligible children.

*** Children enrolled in the State of Texas Children's Health Insurance Program (CHIP). An agreement between the DSHS Immunization Unit and CHIP stipulates that vaccines for eligible CHIP enrollees are purchased through the federal contract.

(Continued)

[illegible]Date of Eligibility:_____Policy or Subscriber Number: _____



En el consultorio del proveedor de servicios de salud debe mantenerse, durante un mínimo de cinco (5) años, un registro de todos los niños de 18 años de edad o menores que reciban inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas para los Niños de Texas (TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor, el individuo cuyo nombre aparece en el registro, o el proveedor de servicios de salud. En cada visita para inmunización debe determinarse y documentarse el estado de elegibilidad para el TVFC a fin de asegurar que el menor es elegible para el programa. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, para cada niño que reciba vacunas bajo el Programa TVFC.

- Nombre del menor: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
- Fecha de nacimiento del menor: ____/____/____
mm dd aaaa
- Padre, tutor o individuo del registro: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
- Nombre del proveedor primario: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2.o nombre
- Para determinar si un menor (de 0 a 18 años de edad) es elegible para recibir vacunas federales por medio del Programa TVFC, en cada cita o visita para inmunización anote la fecha y marque la categoría de elegibilidad apropiada. Si marca una columna de la A a la F, el menor es elegible para el Programa TVFC. Si marca la columna G, el menor no es elegible para las vacunas federales VFC.

Fecha	Elegible para las vacunas VFC				Elegible con programa estatal		No elegible
	A	B	C	D	E	F	G
	Inscrito en Medicaid	No tiene seguro médico	Indoamericano o nativo de Alaska	* Con seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado	** Otras situaciones de seguro insuficiente	*** Inscrito en el CHIP	Tiene seguro médico que cubre vacunas

* El seguro insuficiente incluye a los niños cuyo seguro médico no incluye vacunas o solo cubre ciertos tipos específicos de vacunas. Los niños solo son elegibles para recibir vacunas que no están cubiertas por el seguro. Además, para recibir las vacunas de VFC, los niños con seguro insuficiente deben ser vacunados en un Centro de Salud Federalmente Acreditado (FQHC), en una Clínica de Salud Rural (RHC), o por un proveedor delegado autorizado. El proveedor delegado debe tener un contrato por escrito con un FQHC o una RHC y con el programa de inmunización estatal, local o territorial para poder vacunar a los niños con seguro insuficiente.

** Otros niños con seguro insuficiente son aquellos que, aunque están insuficientemente asegurados, no son elegibles para recibir las vacunas federales por medio del Programa TVFC porque el proveedor o centro no es un FQHC, o una RHC, o un proveedor delegado. Sin embargo, estos niños pueden ser atendidos si las vacunas son proporcionadas por el programa estatal para dar cobertura a los niños que no son elegibles para el TVFC.

*** Niños inscritos en el programa estatal separado CHIP (Children's Health Insurance Program). Estos niños se consideran asegurados y no son elegibles para recibir vacunas mediante el Programa VFC. Cada estado proporciona orientación específica sobre cómo se adquieren y administran las vacunas del CHIP a través de los proveedores participantes.

(Continuación)

Seguro privado:	
Nombre de la aseguradora: _____	Número de contacto de la aseguradora: _____
Nombre del seguro: _____	Número de póliza o del asegurado: _____



Texas Immunization Registry (ImmTrac2) Minor Consent Form



A parent, legal guardian or managing conservator must sign this form if the client is younger than 18 years of age.

Child's First Name _____ Child's Middle Name _____ Child's Last Name _____
 Child's Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____ Child's Gender: ☐ Male ☐ Female Telephone _____ Email address _____

Child's Address _____ Apartment # / Building # _____

City _____ State _____ Zip Code _____ County _____

Mother's First Name _____ Mother's Maiden Name _____

Race (select all that apply)			Ethnicity (select only one)
☐ American Indian or Alaska Native	☐ Asian	☐ Black or African-American	☐ Hispanic or Latino
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander	☐ White	☐ Other Race	☐ Not Hispanic or Latino
☐ Recipient Refused			☐ Other

The Texas Immunization Registry (ImmTrac2) is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). The Texas Immunization Registry is a secure and confidential service that consolidates and stores your child's (younger than 18 years of age) immunization records. With your consent, your child's immunization information will be included in the Texas Immunization Registry. Doctors, public health departments, schools, and other authorized professionals can access your child's immunization history to ensure that important vaccines are not missed. For more information, see Texas Health and Safety Code Sec. 161.007 (d). <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007>.

Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized Persons/Entities

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of the child's immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the Texas Immunization Registry. Once in the Texas Immunization Registry, the child's immunization information may by law be accessed by a public health district or local health department, for public health purposes within their areas of jurisdiction; a physician, or other health-care provider legally authorized to administer vaccines, for treating the child as a patient; a state agency having legal custody of the child; a Texas school or child-care facility in which the child is enrolled; and a payor, currently authorized by the Texas Department of Insurance to operate in Texas, regarding coverage for the child. I understand that I may withdraw this consent at any time by submitting a completed Withdrawal of Consent Form in writing to the Texas Department of State Health Services, Texas Immunization Registry.

State law permits the inclusion of immunization records for First Responders and their immediate family members in the Texas Immunization Registry. A "First Responder" is defined as a public safety employee or volunteer whose duties include responding rapidly to an emergency. An "immediate family member" is defined as a parent, spouse, child, or sibling who resides in the same household as the First Responder. For more information, see Texas Health and Safety Code Sec. 161.00705. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705>.

Please mark the box below to indicate whether your child is an Immediate Family Member of a First Responder.

☐ I am an IMMEDIATE FAMILY MEMBER of a First Responder.

By my signature below, I GRANT consent for registration. I wish to INCLUDE my child's information in the Texas Immunization Registry.

Parent, legal guardian, or managing conservator:

Printed Name _____ Signature _____ Date _____

Privacy Notification: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.texas.gov> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to the Texas Immunization Registry. **Retain this form in your client's record.**

Questions? Tel: (800) 252-9152 • Fax: (512) 776-7790 • <https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/>
 Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347



Texas Department of State
Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2)

Consentimiento para menores de edad



Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

Primer nombre del menor		Segundo nombre del menor		Apellido del menor	
_____/_____/_____		Sexo del ☐ Femenino		_____-_____-_____	
Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa)		menor: ☐ Masculino		Teléfono _____ Correo electrónico _____	
Dirección del menor				Núm. de apartamento o edificio _____	
Ciudad	Estado	Código postal	Condado		
Nombre de la madre			Apellido de soltera		

Raza (seleccione todos los que correspondan): ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico ☐ Se negó a contestar			Grupo étnico (seleccione solo una): ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ Otro			Grupo étnico (seleccione solo una): ☐ Hispanico o latino ☐ No hispano o latino ☐ Otro		
---	--	--	---	--	--	--	--	--

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2), es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda los registros de vacunación de su hijo (hasta los 18 años de edad). Con su debida autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo se incluirá en el Registro de Inmunización de Texas. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes. Para más información consulte la sección 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.btm#161.007>.

Consentimiento para incluir en el registro a un menor y para divulgar sus datos a las entidades autorizadas
 Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en el Registro de Inmunización de Texas, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un distrito de salud pública o departamento de salud local, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; un médico u otro proveedor de salud legalmente autorizado para aplicar vacunas, como parte del tratamiento al menor como su paciente; una dependencia estatal que tenga la custodia legal del niño; una escuela o guardería en la que el niño esté inscrito; un pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con la cobertura del menor. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al Texas Immunization Registry del Texas Department of State Health Services.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en el Registro de Inmunización de Texas. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia médica. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Para más información, consulte la sección 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/btm/HS.161.btm#161.00705>.

Marque la casilla de abajo para indicar si su hijo es familiar directo de un socorrista.
☐ Soy FAMILIAR DIRECTO de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR los datos de mi hijo en el Registro de Inmunización de Texas.

El padre o madre, tutor legal o titular de la custodia:

Nombre escrito a mano	Firma	Fecha
_____	_____	_____

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y recibir información sobre los datos que el estado de Texas recabe sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo solicita. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to the Texas Immunization Registry. **Retain this form in your client's record.**

Questions? Tel: (800) 252-9152 • Fax: (512) 776-7790 • <https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/>
 Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Texas Department of State Health Services
Immunizations

Stock No. C-7
Revised 02/2022

Please complete the forms on pages
15 - 18 ONLY if you are receiving a
COVID-19 vaccine.

Por favor complete los formularios
en páginas **15 - 18 SÓLO** si usted
esta recibiendo una vacuna contra el
COVID-19

For Flu vaccine go to pages **19 - 24**
Para la vacuna contra la Gripe ir a
las páginas **19 -24**

Intentionally Left Blank

Prevaccination Checklist for COVID-19 Vaccination



Name _____

For vaccine recipients (both children and adults):

The following questions will help us determine if there is any reason COVID-19 vaccine cannot be given today.

If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean the vaccine cannot be given. It just means additional questions may be asked. If a question is not clear, please ask the healthcare provider to explain it.

	Yes	No	Don't know
1. How old is the person to be vaccinated? _____			
2. Is the person to be vaccinated sick today?	☐	☐	☐
3. Has the person to be vaccinated ever received a dose of COVID-19 vaccine?	☐	☐	☐
If yes, which vaccine product was administered? ☐ Pfizer-BioNTech ☐ Janssen (<i>Johnson & Johnson</i>) ☐ Another Product ☐ Moderna ☐ Novavax _____			
How many doses of COVID-19 vaccine were administered? _____			
Did you bring the vaccination record card or other documentation?	☐	☐	
4. Is the person to be vaccinated have a health condition or undergoing treatment that makes them moderately or severely immunocompromised? <i>This would include, but not limited to, treatment for cancer, HIV, receipt of organ transplant, immunosuppressive therapy or high-dose corticosteroids, CAR-T-cell therapy, hematopoietic cell transplant [HCT], or moderate or severe primary immunodeficiency.</i>	☐	☐	☐
5. Is the person to be vaccinated received COVID-19 vaccine before or during hematopoietic cell transplant (HCT) or CAR-T-cell therapies?	☐	☐	☐
6. Has the person to be vaccinated ever had an allergic reaction to: <i>(This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.)</i>			
A component of a COVID-19 vaccine	☐	☐	☐
A previous dose of COVID-19 vaccine	☐	☐	☐
7. Has the person to be vaccinated ever had an allergic reaction to another vaccine (other than COVID-19 vaccine) or an injectable medication? <i>(This would include a severe allergic reaction [e.g., anaphylaxis] that required treatment with epinephrine or EpiPen® or that caused you to go to the hospital. It would also include an allergic reaction that caused hives, swelling, or respiratory distress, including wheezing.)</i>	☐	☐	☐
8. Check all that apply to the person to be vaccinated:			
☐ Have a history of myocarditis or pericarditis			
☐ Have a history of Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C or MIS-A)?			
☐ History of an immune-mediated syndrome defined by thrombosis and thrombocytopenia, such as heparin-induced thrombocytopenia (HIT)			
☐ Have a history of thrombosis with thrombocytopenia syndrome (TTS)			
☐ Have a history of Guillain-Barré Syndrome (GBS)			
☐ Have a history of COVID-19 disease within the past 3 months?			

Form reviewed by _____

Date _____

Lista de verificación antes de la vacunación contra el COVID-19



Nombre _____

Para quienes reciban la vacuna (tanto niños como adultos):

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la cual no deba vacunarse contra el COVID-19 hoy. **Si responde "sí" a alguna pregunta, eso no significa necesariamente que no deba vacunarse.** Solo quiere decir que podrían hacerle preguntas adicionales. Si alguna de las preguntas no es clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Qué edad tiene la persona que va a vacunarse? _____			
2. La persona que va a vacunarse, ¿está enferma hoy?	☐	☐	☐
3. La persona que va a vacunarse, ¿ha recibido alguna vez una dosis de la vacuna contra el COVID-19?	☐	☐	☐
• Si la respuesta es "sí", ¿qué producto le administraron? ☐ Pfizer-BioNTech ☐ Janssen (Johnson & Johnson) ☐ Otro producto ☐ Moderna ☐ Novavax _____			
• ¿Cuántas dosis de la vacuna contra el COVID-19 le administraron? _____			
• ¿Trajo su tarjeta de registro de vacunación u otra documentación?	☐	☐	
4. La persona que va a vacunarse, ¿tiene alguna afección o está recibiendo algún tratamiento que haga que tenga el sistema inmunitario moderada o gravemente debilitado? <i>(Esto incluiría, entre otros, tratamiento para el cáncer, infección por el VIH, haber recibido un trasplante de órgano, terapia inmunodepresora o con dosis altas de corticosteroides, terapia CAR-T, trasplante de células hematopoyéticas [HCT], o inmunodeficiencia primaria moderada o grave.</i>	☐	☐	☐
5. La persona que va a vacunarse, ¿recibió la vacuna contra el COVID-19 antes o durante las terapias de trasplante de células hematopoyéticas (HCT) o CAR-T?	☐	☐	☐
6. La persona que va a vacunarse, ¿ha tenido alguna vez una reacción alérgica a lo siguiente? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>			
• Un componente de la vacuna contra el COVID-19	☐	☐	☐
• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19	☐	☐	☐
7. La persona que va a vacunarse, ¿ha tenido alguna vez una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? <i>(Esto incluye una reacción alérgica grave [p. ej., anafilaxis] que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya hecho que tuviera que ir al hospital. También incluye una reacción alérgica que haya causado ronchas, inflamación o dificultad para respirar, incluso sibilancias).</i>	☐	☐	☐
8. Marque todo lo que corresponda para la persona que va a vacunarse:			
☐ Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis			
☐ Tiene antecedentes de síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A)			
☐ Tiene antecedentes de algún síndrome de origen inmunitario que se defina como trombosis y trombocitopenia, como trombocitopenia inducida por heparina (HIT)			
☐ Tiene antecedentes de síndrome de trombosis con trombocitopenia (TTS)			
☐ Tiene antecedentes del síndrome de Guillain-Barré (GBS)			
☐ Tiene antecedentes de enfermedad de COVID-19 dentro de los últimos 3 meses			

Formulario revisado por _____

Fecha _____

Adaptado, con reconocimiento, de las listas de verificación de evaluación de la Coalición de Acción para la Vacunación (IAC)



Texas Department of State
Health Services

Texas Immunization Registry (ImmTrac2) Disaster Information Retention Consent Form



A parent, legal guardian or managing conservator must sign this form if the client is younger than 18 years of age.

First Name _____		Middle Name _____	Last Name _____	
Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____		Gender: ☐ Male ☐ Female	Telephone _____	Email address _____
Address _____			Apartment #/Building # _____	
City _____	State _____	Zip Code _____	County _____	
Mother's First Name _____		Mother's Maiden Name _____		

Race (select all that apply)			Ethnicity (select only one)
☐ American Indian or Alaska Native	☐ Asian	☐ Black or African-American	☐ Hispanic or Latino
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander	☐ White	☐ Other Race	☐ Not Hispanic or Latino
☐ Recipient Refused			☐ Other

The Texas Immunization Registry (ImmTrac2) has been designated as the disaster-related reporting and tracking system for immunizations, antivirals, and other medications administered to individuals in preparation for, or in response to, a disaster or public health emergency. From the time the event is declared over, the Texas Immunization Registry will retain disaster-related information received from health-care providers for a period of five (5) years. At the end of the five (5) year retention period, client-specific disaster-related information will be removed from the Texas Immunization Registry unless consent is granted to retain the client information in the Texas Immunization Registry beyond the five (5) year retention period. For more information, see [Texas Health and Safety Code Sec. 161.00705](https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HHS/htm/HHS.161.htm#161.00705). <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HHS/htm/HHS.161.htm#161.00705>.

Consent for Retention of Disaster-Related Information and Release of Information to Authorized Entities

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing retention of my (or my child's) disaster-related information by DSHS beyond the five (5) year retention period. I further understand that DSHS will include this information in the Texas Immunization Registry. Once in the Texas Immunization Registry, my (or my child's) disaster-related information may by law be accessed by: a state agency, for the purpose of aiding and coordinating communicable disease prevention and control efforts, and/or a physician or other health-care provider legally authorized to administer immunizations, antivirals, and other medications, for treating the client as a patient; I understand that I may withdraw this consent to retain information in the Texas Immunization Registry beyond the five (5) year retention period and my consent to release information from the Texas Immunization Registry, at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services.

State law permits the inclusion of immunization records for First Responders and their immediate family members in the Texas Immunization Registry. A "First Responder" is defined as a public safety employee or volunteer whose duties include responding rapidly to an emergency. An "immediate family member" is defined as a parent, spouse, child, or sibling who resides in the same household as the First Responder.

Please mark the appropriate box to indicate whether you are a First Responder or an Immediate Family Member.

☐ I am a FIRST RESPONDER. ☐ I am an IMMEDIATE FAMILY MEMBER of a First Responder.

By my signature below, I GRANT consent to retain my disaster-related information (or my child's information, if younger than age 18) in the Texas Immunization Registry beyond the 5 year retention period.

Client (or parent, legal guardian, or managing conservator):

Printed Name _____	Signature _____	Date _____
--------------------	-----------------	------------

Privacy Notification: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.texas.gov> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to the Texas Immunization Registry. **Retain this form in your client's record.**

Questions? Tel: (800) 252-9152 • Fax: (512) 776-7790 • <https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/>
Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Texas Department of State Health Services
Immunizations

Stock No. F11-12956
Revised 02/2022



Texas Department of State
Health Services

Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2)

Consentimiento para la retención de información relacionada con un desastre



Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

Primer nombre _____	Segundo nombre _____	Apellido _____
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Teléfono _____ Correo electrónico _____
Dirección del cliente _____		Núm. de apartamento o edificio _____
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____ Condado _____
Nombre de la madre _____		Apellido de soltera _____

Raza (seleccione todos los que correspondan):			Grupo étnico (seleccione solo una):
☐ Indio americano o nativo de Alaska	☐ Asiático	☐ Negro o afroamericano	☐ Hispanico o latino
☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	☐ Blanco	☐ Otro	☐ No hispano o latino
☐ Se negó a contestar			☐ Otro

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2) ha sido designado como el sistema de notificación y seguimiento para las vacunas, los antivirales y otros medicamentos administrados a las personas en preparación o en respuesta a una catástrofe o emergencia de salud pública. Desde el momento en que se declara el fin del evento, el Registro de Inmunización de Texas conservará la información relacionada con un desastre enviada por proveedores de atención médica por un periodo de cinco (5) años. Al final del periodo de retención de cinco (5) años, la información del cliente relacionada específicamente con el desastre se eliminará del Registro de Inmunización de Texas, a menos que se conceda el consentimiento para conservar la información del cliente en el Registro de Inmunización de Texas más allá del periodo de retención de cinco (5) años. Para más información consulte la sección 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas en <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HHS/htm/HHS.161.htm#161.00705>.

Consentimiento para la retención de información relacionada con un desastre y su divulgación a entidades autorizadas

Entiendo que, al otorgar el presente consentimiento, estoy autorizando la retención de mi información (o la de mi hijo) relacionada con un desastre por parte del DSHS más allá del periodo de retención de cinco (5) años. También entiendo que el DSHS incluirá la información en el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que esté en el Registro de Inmunización de Texas, y de acuerdo a la ley, mi información (o la de mi hijo) relacionada con un desastre podrá ser vista por:

- una dependencia estatal, con el fin de ayudar y coordinar los trabajos de prevención y control de enfermedades contagiosas, o
- un médico u otro proveedor de atención médica legalmente autorizado para administrar vacunas, antivirales y otros medicamentos a un paciente.

Entiendo que puedo retirar en cualquier momento mi consentimiento para que se conserve mi información en el Registro de Inmunización de Texas más allá del periodo de retención de cinco (5) años y para su divulgación escribiendo al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en el Registro de Inmunización de Texas. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista.

Marque la casilla correspondiente para indicar si es usted un socorrista o un familiar directo de un socorrista.

☐ Soy un **SOCORRISTA**. ☐ Soy un **FAMILIAR DIRECTO** de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para que se conserve mi información relacionada con un desastre (o la de mi hijo menor de 18 años) en el Registro de Inmunización de Texas más allá del periodo de cinco (5) años.

Cliente (o padre, tutor legal o titular de la custodia del cliente): _____

Nombre escrito a mano

Fecha _____ Firma _____

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a pedir y a ser informado sobre los datos que el estado de Texas recaba sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo pide. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to the Texas Immunization Registry. **Retain this form in your client's record.**

Questions? Tel: (800) 252-9152 • Fax: (512) 776-7790 • <https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/>
Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Texas Department of State Health Services
Immunizations

Stock No. F11-12956
Revised 02/2022

Please complete the forms on pages
21 - 24 ONLY if you are receiving a
Flu vaccine.

Por favor complete los formularios
en páginas **21 - 24 SÓLO** si usted
esta recibiendo una vacuna contra
la Gripe

Intentionally Left Blank

Screening Checklist for Contraindications to Injectable Influenza Vaccination

PATIENT NAME _____

DATE OF BIRTH ____/____/____
month day year

For patients (both children and adults) to be vaccinated: The following questions will help us determine if there is any reason we should not give you or your child inactivated injectable influenza vaccination today. If you answer “yes” to any question, it does not necessarily mean you (or your child) should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

	yes	no	don't know
1. Is the person to be vaccinated sick today?	☐	☐	☐
2. Does the person to be vaccinated have an allergy to an ingredient of the vaccine?	☐	☐	☐
3. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to influenza vaccine in the past?	☐	☐	☐
4. Has the person to be vaccinated ever had Guillain Barré syndrome?	☐	☐	☐
5. Has the person to be vaccinated ever felt dizzy or faint before, during, or after a shot?	☐	☐	☐
6. Is the person to be vaccinated anxious about getting a shot today?	☐	☐	☐

FORM COMPLETED BY _____ DATE _____

FORM REVIEWED BY _____ DATE _____



Cuestionario de contraindicaciones para la vacuna inyectable contra la gripe

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
mes día año

Para pacientes adultos y para los padres de niños a los que se van a vacunar: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no deberíamos aplicar hoy la vacuna inyectable contra la influenza (la gripe) a usted o a su hijo. Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerles más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	sí	no	no sabé
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?	☐	☐	☐
2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a algún componente de la vacuna?	☐	☐	☐
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?	☐	☐	☐
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	☐	☐	☐

FORMULARIO LLENADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____

"Screening Checklist for Contraindications to Inactivated Injectable Influenza Vaccination"



2023-2024 Influenza Survey

Date of Birth (mm/dd/yyyy): _____

Gender: Male ☐

Female ☐

Home Zip Code: _____

Race/Ethnicity:

African American ☐	White ☐	Other ☐
Hispanic ☐	Asian ☐	

Occupational Risk (Check all that Apply):

Health care worker: ☐	Emergency worker (fire, police, EMS): ☐
No Occupational Risks: ☐	Other: ☐

Medical Risk (Check All that Apply):

Anemia: ☐	Chronic Lung Disease: (such as asthma) ☐
Pregnant: ☐	Weakened Immune System: (caused by medicines or HIV/AIDS) ☐
Diabetes: ☐	Other: _____ ☐
Chronic Kidney disease: ☐	No Medical Risks: ☐
Chronic heart disease: ☐	

Household Contacts (Check All that Apply):

Live with someone who has a medical risk (see the list above) ☐	Live with someone who is under 3 years old ☐
Live in a long-term care facility ☐	Live in a dormitory ☐

Influenza Immunization History:

Did you receive a flu shot last fall/winter (2022-2023 flu season)?	Yes ☐	No ☐
Do you receive a flu shot every year?	Yes ☐	No ☐
Did your doctor recommend you to receive the flu shot?	Yes ☐	No ☐
Do you have health insurance? (i.e. Medicare, Medicaid, Private)	Yes ☐	No ☐

How did you find out about the flu vaccine at this location?

Signs/Posters: ☐	Word of Mouth: ☐	Staff: ☐
Flyers: ☐	Newspaper: ☐	Internet: ☐
Radio/TV: ☐	Walk-in: ☐	Other: ☐

What motivated you to get the flu shot?

Friends/Family: ☐	Ads: ☐	Work Requirement: ☐
Doctor: ☐	Other: ☐	

If it were Ads, what type of Ads did you see?

Facebook: ☐	Instagram: ☐	TV: ☐	Youtube: ☐
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

FOR OFFICE USE ONLY

Location Code:									
CASA ☐	NORTHSIDE ☐	SHARPSTOWN ☐	SUNNYSIDE ☐	CENTRAL ☐					
MONTH in 2022:	SEPT. ☐	OCT. ☐	NOV. ☐	DEC. ☐					
MONTH in 2023:	JAN. ☐	FEB. ☐	MAR. ☐	APR. ☐					
	MAY ☐	JUNE ☐							

2023-2024 Encuesta Sobre la Gripe (Influenza)

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): _____
 Género: Masculino ☐ Femenino ☐

Código Postal: _____

Raza/Origen étnico:

African American ☐	Angloamericano ☐	Otro ☐
Hispano ☐	Asiático ☐	

Riesgos Laborales (marque todos los que aplican):

Trabajador de Salud Pública: ☐	Trabajador de Emergencias (bombero, policía): ☐
Sin Riesgo Ocupacional: ☐	Otro: ☐

Riesgo Médico:

Anemia: ☐	Enfermedad pulmonar crónica: (como el asma) ☐
Embarazada: ☐	Sistema inmunitario debilitado: (causada por medicamentos o VIH/SIDA) ☐
Diabetes: ☐	Otro: _____ ☐
Enfermedad renal crónica: ☐	Sin Riesgos Médicos: ☐
Enfermedad cardíaca crónica: ☐	

Contactos Domésticos (marque todos los que aplican):

Vive con alguien que tiene un riesgo médico (consulte la lista anterior) ☐	Vive con alguien de menos de 3 años de edad ☐
Vive en un hogar de convalecencia ☐	Vive en un dormitorio ☐

Historia de Vacunación Contra la Gripe (Influenza)

¿Ha recibido la vacuna contra la gripe el pasado otoño/invierno (temporada de gripe 2020-2021)?	Sí ☐	No ☐
¿Recibe una vacuna contra la gripe cada año?	Sí ☐	No ☐
¿Su médico le recomendó vacunarse contra la gripe?	Sí ☐	No ☐
¿Tiene usted seguro médico? (i.e. Medicare, Medicaid, Privado)	Sí ☐	No ☐

¿Cómo obtuvo información sobre la vacuna contra la gripe en esta ubicación?

Carteles: ☐	Boca a boca: ☐	Empleados: ☐
Volantes: ☐	Periódico: ☐	Internet: ☐
Radio/TV: ☐	Caminante: ☐	Otro: ☐

¿Qué lo motivó a vacunarse contra la gripe?

Amigos/ Familia: ☐	Anuncios: ☐	Requisito del trabajo: ☐
Doctor: ☐	Otro: ☐	

Si fueran anuncios, ¿qué tipo de anuncios vio?

Facebook: ☐	Instagram: ☐	TV: ☐	Youtube: ☐
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

FOR OFFICE USE ONLY

Location Code:	CASA ☐	NORTHSIDE ☐	SHARPSTOWN ☐	SUNNYSIDE ☐	CENTRAL ☐
MONTH in 2022:	SEPT. ☐	OCT. ☐	NOV. ☐	DEC. ☐	
MONTH in 2023:	JAN. ☐	FEB. ☐	MAR. ☐	APR. ☐	MAY ☐ JUNE ☐