EP TX CITY OF EL PASO

BE POWER flu

PUBLIC HEALTH CITY OF EL PASO

********* City of El Paso Department of Public Health *********

9566 Railroad Dr. El Paso, TX 79924

(PRINT PLEASE)

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____ D.O.B. ____ / ____/ ____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone Number:(_____)_____ Email: _____

Gender: M ☐ F ☐ Other ☐

Race: White ☐ Black or African American ☐ Asian/PI ☐ Native Am/Alaskan ☐

Ethnicity: Hispanic ☐ Non-Hisp ☐

FEMALES ONLY: PREGNANT: YES ☐ NO ☐ MAYBE ☐

VACCINATION SITE: _____ VACCINATION DATE: _____ / _____ / _____

MEDICAL HISTORY	YES	NO
1. Is the patient (Child or Adult) sick today?		
2. Has the patient had a severe reaction to Flu vaccine in the past?		
3. Has the patient had a condition called Guillain Barre Syndrome (GBS)?		
4. Has a physician or medical provider indicated NOT to receive this vaccine?		

Texas Immunization Registry (Immtrac2) Consent

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing the release of my immunization information to DSHS and I further understand DSHS will include this information in the Texas Immunization Registry. Once in the Texas Immunization Registry, my immunization information may by law be accessed by: a Texas physician, or other health-care provider legally authorized to administer vaccines, for treatment of the individual as a patient; a Texas school in which the individual is enrolled; a Texas public health district or local health department, for public health purposes within their areas of jurisdiction; a state agency having legal custody of the individual; a payor, currently authorized by the Texas Department of Insurance to operate in Texas for immunization records relating to the specific individual covered under the payor's policy. 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.

I **AGREE** to participate in ImmTrac2 _____(initials) **I DECLINE** to participate in ImmTrac2 _____(initials)

I have read, or have had explained to me, the Vaccine Information Statement about influenza vaccination. I have had a chance to ask questions, which were answered to my satisfaction, and I understand the benefits and risks of the vaccination as described. I request that the influenza vaccination be given to me (or the person named above for whom I am authorized to make this request).

Patient/Parent or Legal Guardian Name:_____Relationship to the Patient:_____

Signature:_____ Today's Date:_____ /_____ /_____

*****CLINIC USE ONLY*****

Date Given	Vaccine Given	MFG	VIS Date	LOT #	Site Used	Adm. Title/signature
	INFLUENZA	FLUCELVAX	1/31/2025			

********* Departamento de Salud Pública de la Ciudad de El Paso *********

9566 Railroad Dr. El Paso, TX 79924

(Favor de usar letra de molde)

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ___ / ____/ ____ Número de teléfono: (_____)_____

Domicilio: _____Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Correo electrónico:_____

Sexo: M ☐ F ☐ Otro ☐

Raza: Caucásica ☐ Negro o Afroamericano ☐ Asiatica/IP ☐ Nativa Am/de Alaska ☐

Etnicidad: Hispana ☐ No-Hisp. ☐

Solo Mujeres: Estás embarazada? Sí ☐ No ☐ Tal vez ☐

Sitio de vacunación: _____ Fecha de vacunación: _____ / _____ / _____

HISTORIA MÉDICA	SÍ	NO
1. ¿El paciente (niño o adulto) está enfermo hoy?		
2. ¿El paciente ha tenido alguna reacción grave a la vacuna contra la gripe en el pasado?		
3. ¿El paciente ha tenido una enfermedad llamada síndrome de Guillain-Barré (SGB)?		
4. ¿Algún médico o proveedor médico le ha indicado NO recibir esta vacuna?		

Consentimiento del Registro de Inmunización de Texas (Immtrac2)

Entiendo que, al otorgar el consentimiento a continuación, estoy autorizando la divulgación de mi información de inmunización al DSHS y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el Registro de Vacunación de Texas. Una vez en el Registro de Vacunación de Texas, mi información de inmunización puede ser accedida por ley por: un médico de Texas u otro proveedor de atención médica legalmente autorizado para administrar vacunas, para el tratamiento de la persona como paciente; una escuela de Texas en la que está inscrita la persona; un distrito de salud pública de Texas o un departamento de salud local, con fines de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción; una agencia estatal que tenga la custodia legal de la persona; un pagador, actualmente autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas para los registros de vacunación relacionados con la persona específica cubierta por la póliza del pagador. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento enviando un Formulario de Retiro de Consentimiento completo por escrito al Registro de Vacunación de Texas del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas.

ACEPTO participar en ImmTrac2 _____(iniciales) **RECHAZO** participar en ImmTrac2 _____(iniciales)

He leído o me han explicado la Declaración de información sobre la vacuna contra la gripe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, que fueron respondidas a mi satisfacción, y comprendo los beneficios y riesgos de la vacuna tal como se describe. Solicito que se me administre la vacuna contra la gripe (o se le administre a la persona nombrada anteriormente de la cual estoy autorizado/a para hacer esta solicitud).

Nombre completo:_____ Relación con el paciente:_____

Firma:_____ Fecha de hoy:_____/_____/_____

***** SOLO PARA USO CLÍNICO *****

Date Given	Vaccine Given	MFG	VIS Date	LOT #	Site Used	Adm. Title/signature
	INFLUENZA	FLUCELVAX	1/31/2025			