

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

5115 El Paso Dr. El Paso TX.  
79905

(PRINT PLEASE)

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Middle Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Gender: M  F  Pregnant: Y  N  Suspected  Race: \_\_\_\_\_ Date of Birth (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Vaccination Clinic Location: \_\_\_\_\_ Date (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

Mother's First Name: \_\_\_\_\_ Mother's Maiden Name: \_\_\_\_\_

**INSURANCE**

- No Health insurance
- Private Insurance (BC/BS, Aetna, etc...)
- Medicare
- Medicaid
- CHIP

**HOUSEHOLD INCOME**

- Less than \$20,000
- 20,001-40,000
- 40,001-60,000
- 60,001-80,000
- 80,000-100,000
- More than 100,000

**HOUSEHOLD SIZE** \_\_\_\_\_

**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. Is the patient under isolation for COVID-19 at this moment?                |     |    |
| 5. Has a physician or medical provider indicated NOT to receive this vaccine? |     |    |

*I know that the person receiving the vaccine will have the vaccine put into his/her body to prevent the infectious disease.*

- *I am an adult who can legally consent for the person named above to get the vaccine.*
- *I freely and voluntarily give my signed permission for the vaccines.*

**I am authorizing release of my immunization information to DSHS, and I further understand that DSHS will include this information in the Texas Immunization Registry. YES  NO**

**The individual or legal guardian of the above person has been informed of the benefits and risks of the vaccine(s) and consents for the identified person to be immunized**

**Patient/Parent or Legal Guardian Name:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_

**Relationship to the Patient:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

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

| <u>Date Given</u> | <u>Vaccine Given</u> | <u>Mfg</u> | <u>VIS Date</u> | <u>Lot#</u> | <u>Site Used</u> | <u>Adm. Title/signature</u> |
|-------------------|----------------------|------------|-----------------|-------------|------------------|-----------------------------|
|                   | Influenza            |            |                 |             |                  |                             |
|                   |                      |            |                 |             |                  |                             |

5115 El Paso Dr. El Paso TX.  
79905

(FAVOR DE USAR LETRA MOLDE)

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Genéro: M  F  Embarazada: Sí  No  Probablemente  Raza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (Dia/Mes/Año): \_\_\_\_\_

Domicilió: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Clínica de Vacunación: \_\_\_\_\_ Fecha (Dia/Mes/Año): \_\_\_\_\_

Primer Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Apellido Paterno de la Madre: \_\_\_\_\_

**SEGURO MEDICO**

- No tiene Seguro médico
- Seguro medico privado (BC/BS, Aetna, etc...)
- Medicare
- Medicaid
- CHIP

**INGRESOS DEL HOGAR**

- Menos de \$20,000
- 20,001-40,0000
- 40,001-60,000
- 60,001-80,000
- 80,000-100,000
- Mas de 100,000

**NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR**

\_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO**

Sí NO

|   |  |  |
|---|--|--|
| 1. ¿Está el paciente (Niño/Adulto) enfermo hoy?   |  |  |
| 2. ¿Ha tenido el paciente una reacción severa a la vacuna contra la influenza en el pasado? |  |  |
| 3. ¿Ha tenido el paciente una condicion llamada Sindrome Guillain Barre (GBS)               |  |  |
| 4. ¿Está el paciente en aislamiento por COVID-19 en este momento?                           |  |  |
| 5. ¿Algún medico o proveedor medico ha indicado NO recibir esta vacuna?                     |  |  |

*Sé que la persona que está recibiendo la vacuna la tendrá en su cuerpo para prevenir una enfermedad contagiosa.*

- Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada arriba.
- Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que la den esta vacuna.

Entiendo que al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación a la DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en el Registro de Inmunización de Texas. **Sí**  **No**

El paciente o representante legal ha sido informado de los beneficios y riesgos sobre la vacuna, y otorga el consentimiento de vacunación sobre la persona identificada como paciente.

Paciente/Padre O Representante Legal: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
(Letra Molde)

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\*\*PARA USO DE LA CLINICA SOLAMENTE\*\*\***

| <u>Date Given</u> | <u>Vaccine Given</u> | <u>Mfg</u> | <u>VIS Date</u> | <u>Lot#</u> | <u>Site Used</u> | <u>Adm. Title/signature</u> |
|-------------------|----------------------|------------|-----------------|-------------|------------------|-----------------------------|
|                   | Influenza            |            |                 |             |                  |                             |
|                   |                      |            |                 |             |                  |                             |