



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

Programa de la Red de Protección de la Salud en Adultos (ASN)

REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN PARA ADULTOS

19 años y mas

PROPÓSITO: Determinar y registrar el derecho a la participación en el Programa de la Red de Protección de la Salud en Adultos (ASN) del DSHS. El registro sobre el derecho a participar en el programa de los adultos que reciben vacunas suministradas por el DSHS se debe conservar en papel en la clínica que presta el servicio o en un sistema electrónico como TWICES. Las copias en papel deben conservarse durante cinco (5) años. Cada vez que un adulto vaya a vacunarse, será necesario determinar y documentar si reúne los requisitos para participar en el programa de la ASN.

Fecha de la determinación: ____/____/____
(mm/dd/aa)

Nombre: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial segundo nombre)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Veterano: ☐ Sí ☐ No
(mm/dd/aa)

Información importante para antiguos miembros de las Fuerzas Armadas: Los hombres y las mujeres que hayan servido en algún cuerpo de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, incluidos el Ejército, la Fuerza Naval, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el Cuerpo de Reservistas o la Guardia Nacional, podrían tener derecho a otros servicios y beneficios. Para obtener más información, visite el sitio web de los veteranos de Texas en <https://texvet.org/partners/texasgov>.

Requisitos para participar (marque solo una (1) de las siguientes casillas):

- ☐ Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas a través del Programa de la ASN porque no tengo seguro médico.
- ☐ Tengo 19 años y he sido remitido al programa para terminar de recibir la serie completa de vacunas que empecé a recibir cuando tenía 18 años o menos y cumpla los requisitos para participar en el Programa de Vacunas para Niños de Texas (TVFC). Esta opción solo está disponible hasta que cumpla 20 años. La "serie de vacunas" incluye las vacunas contra la hepatitis A, la hepatitis B, el virus del papiloma humano (VPH), las paperas, el sarampión y la rubéola (MMR), la varicela y la vacuna antimeningocócica.
- ☐ Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas a través de los servicios de ayuda en caso de desastre/pandemia. Los CDC eximen del requisito de seguro médico (la persona puede tener seguro o no tenerlo) para todos los servicios de ayuda en caso de desastre.
- ☐ Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas de la ASN bajo el Programa de Iniciativa Especial. Los CDC eximen del requisito de seguro médico (la persona puede tener seguro o no tenerlo) a fin de permitir la administración en conjunto con la ASN de vacunas para una población específica.

Proveedor de referencia: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____
(mm/dd/aa)

NOTA: La falsificación intencionada de los datos contenidos en este documento constituye un fraude. Al firmar este formulario, doy fe de que la información proporcionada más arriba es verídica y correcta. Declaro que la persona arriba mencionada reúne los requisitos para recibir vacunas a través del programa de la ASN.

Con pocas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y ser informado sobre los datos que el Estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar los datos si lo solicita. También tiene derecho a pedir a la entidad estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Para más información sobre la notificación de privacidad, visite <http://www.dshs.texas.gov> (Fuente: Código Gubernamental, secciones 552.021, 552.023 y 559.004.)