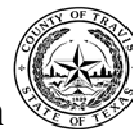




# City of Austin HHSD Immunization Consent & Eligibility Form



TWICES

ImmTrac

☐ Shot for Tots/Big Shots **Far South**  
405 W. Stassney Lane, 78745

☐ Shots for Tots/Big Shots **St. John**  
7500 Blessing Avenue, 78752

☐ Adult Outreach  
15 Waller Street, 78702

☐ Perinatal Hepatitis B Prevention  
15 Waller Street, 78702

☐ Refugee Health Clinic  
1000 Toyath St. 78703

Today's Date/Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Patient's Last Name First Name Middle Name  
Apellido del Paciente Primer Nombre Segundo Nombre

Date of Birth Age Sex  
Fecha de Nacimiento Edad Sexo

Address/ Dirección Apt. #

Name of Consenting Adult/Nombre Del Adulto Consintiendo

City State Zip County  
Ciudad Estado Código Postal Condado

Relationship to Patient Mother's Maiden Name  
Relación con el Paciente Apellido Materno

( )  
Phone # with area code  
# de Teléfono con código de área

☐ YES ☐ NO #:  
Medicaid

| Answer the following questions:                                                                                                             | Yes | No | Contesta las siguientes preguntas:                                                                                                                              | Si | No |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Is the patient sick today?                                                                                                                  |     |    | ¿Está el paciente enfermo hoy?                                                                                                                                  |    |    |
| Has the patient ever had chicken pox?<br>If yes, at what age? _____                                                                         |     |    | ¿Ha tenido el paciente varicela? En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____                                                                                         |    |    |
| Has the patient received vaccinations in the past 4 weeks?                                                                                  |     |    | ¿Le aplicaron alguna vacuna al paciente durante las últimas 4 semanas?                                                                                          |    |    |
| Does the patient have allergies to medications, food or vaccines?                                                                           |     |    | ¿Es alérgico el paciente a algún medicamento, alimento o vacuna?                                                                                                |    |    |
| Has the patient had a serious reaction to a vaccine in the past?                                                                            |     |    | ¿Ha tenido el paciente alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?                                                                                         |    |    |
| Has the patient had a seizure or a brain problem?                                                                                           |     |    | ¿Ha tenido el paciente convulsiones o algún problema del cerebro?                                                                                               |    |    |
| Does the patient have cancer, leukemia, AIDS or any other immune system problem?                                                            |     |    | ¿Ha tenido el paciente cáncer, leucemia, SIDA or cualquier otro problema del sistema inmunológico?                                                              |    |    |
| Has the patient taken cortisone, prednisone, other steroids or anti-cancer drugs or had x-ray treatments in the past 3 months?              |     |    | ¿Ha tomado el paciente cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer o le han hecho tratamientos de radiación en los últimos 3 meses? |    |    |
| Has the patient received a transfusion of blood or blood products or been given a medicine called immune (gamma) globulin in the past year? |     |    | ¿Ha recibido el paciente una transfusión de sangre o productos de sangre o ha dado un medicamento llamado inmunoglobulina en el año pasado?                     |    |    |
| Has the patient had a positive TB (tuberculosis) skin test?                                                                                 |     |    | ¿Ha tenido el paciente una prueba de tuberculosis que resultó positiva?                                                                                         |    |    |
| FEMALES ONLY:<br>Is the patient pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month?                              |     |    | MUJERES SOLAMENTE:<br>¿Está la paciente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?                                     |    |    |

## Texas Vaccines for Children (TVFC) Eligibility:

Please check the first category that applies, check only one.  
*Por Favor, marque la primera categoría que aplique, marque sola una:*

### BIRTH – 18 YEARS OF AGE/AL NACIDO – 18 AÑOS

- ☐ Medicaid
- ☐ American Indian/ **Indio Americano**
- ☐ Alaskan Native/ **Nativo de Alaska**
- ☐ No health insurance/**No tiene seguro médico**
- ☐ Underinsured/ **Esta subasegurado:**
- ☐ Has health insurance, but vaccines are not covered; or  
**Tiene seguro médico, pero la cobertura no incluye las vacunas; o**
- ☐ Health insurance covers only selected vaccines (eligible for non-covered vaccines only); or  
**El seguro cubre solo algunas vacunas (elegible para las vacunas no cubiertas; o**
- ☐ Health insurance has a cap at a certain amount. Once that cap is reached, the child is eligible as underinsured.  
**El seguro limita la cobertura a cierta cantidad. Una vez alcanzada esa cantidad, el niño es elegible como subasegurado.**

## Adult Safety Net (ASN) Eligibility:

### ADULTS (19 AND OLDER)

#### ADULTOS (19 AÑOS Y MAYOR):

- ☐ Does not have health insurance/**No tiene seguro médico**
- ☐ I am 19 years of age and have been referred to the public health department clinic to complete a vaccine series that I began when I was 18 years of age or younger and eligible for TVFC vaccines.  
**Tengo 19 años de edad y me han referido a la clínica del departamento de salud pública para completar la serie de vacunas que inicie cuando tenía 18 años o menos y elegible bajo el programa**