



**Suplemento Para la Hoja de Información Virus respiratorio
sincitial (VRS) Anticuerpo preventivo: *Lo que necesita saber*
Declaración de información sobre inmunización**

1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba el anticuerpo marcado.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre este anticuerpo (IIS).
3. Conozco los riesgos de la enfermedad que este anticuerpo previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de este anticuerpo.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, el anticuerpo y cómo se da el anticuerpo.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar un anticuerpo para prevenir la enfermedad que este anticuerpo previene.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den el anticuerpo a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

Vacuna que se va a dar: Anticuerpo preventivo contra el VRS

Información sobre la persona que va a recibir el anticuerpo (por favor, en letra de imprenta)				
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo (marque uno)
				M F
Dirección	Ciudad	Condado	Estado TX	Código postal
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar el anticuerpo (padre o tutor legal):				
x _____				Fecha: _____
x _____				Fecha: _____
Testigo				

Notificación Sobre Privacidad - Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Aviso sobre derechos de la vida privada: Yo admito haber recibido de mi proveedor de inmunización una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

Para uso de la clínica o de la oficina (For Clinic / Office Use Only)

Clinic / Office Address:	Date Antibody Administered:
	Antibody Manufacturer:
	Antibody Lot Number:
	Site of Injection:
	Title of Antibody Administrator:
	Signature of Antibody Administrator:
	Date IIS Given:

Notice: Alterations or changes to this publication is prohibited.

Instructions: File this consent statement in the patient's chart.