

Programa de la Red de Protección de la Salud en Adultos

REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN PARA ADULTOS

OBJETIVO: Determinar y registrar el derecho a participar en el programa de la Red de Protección de la Salud en Adultos (ASN) del Departamento Estatal de Servicios de Salud (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. Las copias en papel deben conservarse durante cinco años. Cada vez que un adulto acuda a vacunarse, será necesario determinar y documentar si reúne los requisitos para participar en el programa ASN.

Fecha de la evaluación: _____
(mm/dd/aaaa)

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

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer
(mm/dd/aaaa)

¿Ha servido usted en las fuerzas armadas de Estados Unidos o las Fuerzas Militares de Texas, independientemente de la duración del servicio o del tipo de baja? Sí No Prefiero no contestar

Información importante para exmiembros del servicio militar:

Si usted es una mujer adulta que sirvió en el ejército, es posible que tenga derecho a servicios adicionales.

Visite el sitio web del Programa para Mujeres Veteranas de la Comisión de Veteranos de Texas (TVC) en <https://tvc.texas.gov/women> y el Portal de Veteranos de Texas en <https://veterans.portal.texas.gov>.

Requisitos para participar en el programa ASN (marque solo una de las siguientes casillas):

- Declaro que reúno los requisitos para recibir vacunas a través del programa de la ASN porque no tengo seguro médico.
- Declaro que cumplo con los requisitos para recibir vacunas a través de los servicios de ayuda en caso de desastre o pandemia. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades no exigen seguro médico (la persona puede tener seguro o no) para brindar todos los servicios de ayuda en caso de desastre.

Proveedor remitente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(mm/dd/aaaa)

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

Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y ser informado sobre los datos que el estado de Texas recopila sobre su persona. 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 considere incorrecta. Visite www.dshs.texas.gov para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Fuente: Secciones 552.021, 552.023 y 559.004 del Código Gubernamental)