



Olga L. Gomez M.D., P.A.

**Children's
Clinic**

Acknowledgement of Vaccines

I received or was offered a copy of the Vaccines Information Statement (VIS) for each vaccine. I know the risk of the disease each vaccine prevents. I know the benefits and risk of each vaccine. I have had a chance to ask questions about the disease, the vaccines, and how the vaccines are given. I know that the person receiving the vaccine will have the vaccine put into his / her body to prevent an infectious disease. I am an adult who can legally consent for the person named below to get the vaccine. I freely and voluntarily give my signed permission for the vaccines.

Privacy Notification: With few exceptions, you have the right to request and are informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined or incorrect. See <http://www.dshs.state.tx.us> for more information on Privacy Notifications. (Reference: Government code, Section 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004)

Privacy Notice: I acknowledge that I have received a copy of my immunization provider's HIPAA Privacy Notice.

Patient's Name: _____ Parent's Signature: _____

Date: _____

Reconocimiento de las Vacunas

Recibi o se me ofrecio una hoja con informacion sobre cada vacuna (VIS). Conozco los riesgos de las enfermedades que cada vacuna previene. Conozco los beneficios y riesgos que estas vacunas tienen. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, las vacunas y como son administradas las vacunas. Se que la persona recibiendo la vacuna la tendra en su cuerpo para prevenir una enfermedad contagiosa. Soy un adulto que puede dar su consentimiento legal para que la persona nombrada a continuación reciba la vacuna.

Notificacion Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la informacion que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la informacion al requerirla. Usted tambien tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier informacion que se ha determinado sea incorrecta. Dirijase a <http://www.dshs.state.tx.us> para mas informacion sobre la Notificacion sobre privacidad. (Referencia: Government Code, Section 552.021,552.023,559.003 y 559.004)

Aviso Sobre Derecho de la Vida Privada: Reconozco que he recibido una copia del aviso de privacidad HIPAA de mi proveedor de vacunas.

Nombre Del Paciente: _____ Firma Del Padre: _____

Fecha: _____

Dr. Olga Gomez Children's Clinic
Phone: (956)969-1313 Fax: (956)969-1322
910 E 8th Street suite 3 Weslaco, Tx 78596