



**Department of State Health Services (DSHS)
 Immunization Branch
 Adult Safety Net Program**

Clinic Use Only ASN Eligible	
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
_____ Screener's Initials	

ADULT ELIGIBILITY SCREENING RECORD (ASN)

PURPOSE: To determine and record eligibility for the DSHS Adult Safety Net Vaccination Program. A record of the eligibility status of adults receiving vaccine supplied by DSHS must be maintained either in hard copy by the clinic providing the service or in an electronic system such as TWICES. Hard copies should be maintained for **five** years. The record may be used for all subsequent visits as long as the patient's eligibility status has not changed.

Date of Screening: _____
(mm/dd/yy)

Name: _____
(Last) (First) (Middle initial)

Date of Birth: _____
(mm/dd/yy)

Eligibility Criteria:

- I declare that I qualify for vaccines through the Texas Vaccines for Children - Adult Safety Net Program because I do not have health insurance.
- I am 19 years of age and I have been referred to the public health department clinic to finish a vaccine series that I began when I was 18 years of age or younger and eligible under the Texas Vaccines for Children (TVFC) Program.

Referring Provider: _____

Patient Signature: _____ Date: _____
(mm/dd/yy)

NOTE: Knowingly falsifying information on this document constitutes fraud. By signing this form, I hereby attest that the above information is true and correct. I declare that the person named above is an authorized person and is eligible to receive ASN vaccines.

NOTE: HIV/STD clinics that are participating in the hepatitis B special initiative are not required to use this form; all clients in an HIV/STD clinic are eligible for Hepatitis B vaccine. The form is required if the HIV/STD clinic is providing vaccines other than hepatitis B.

With few exceptions, you have the right to request and to be 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 agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.state.tx.us> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, and 559.004)





Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS)

Rama de Inmunización del Programa de Protección Para Adultos (ASN)

REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN DE LOS ADULTOS

SÓLO PARA USO CLÍNICO: Clinic Use Only ASN Eligible	
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
_____ Screener's Initials	

PROPÓSITO: determinar y registrar el derecho a la participación en el Programa de Vacunación de Protección Para Adultos del DSHS. Se debe guardar un registro del estado del derecho a la participación de los adultos que reciban vacunas suministradas por el DSHS ya sea en copia impresa o en un sistema electrónico como TWICES. Las copias impresas se deben guardar por tres años. Se puede utilizar el registro en todas las consultas posteriores en tanto el estado del derecho a la participación del paciente no haya cambiado.

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

Nombre: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del 2.º nombre)

Fecha de nacimiento: _____
(mm/dd/aa)

Criterios de participación:

- Declaro que reúno los requisitos de vacunación del Programa de Vacunas Para Niños - Protección para Adultos de Texas porque no tengo seguro médico.
- Tengo 19 años de edad y me han referido a la clínica del departamento de salud pública para terminar una serie de vacunas que inicié cuando tenía 18 años de edad o menos y elegible bajo el programa Vacunas Para Niños de Texas (TVFC).

Proveedor que hizo la derivación: _____

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

NOTA: Falsificar información en este documento a sabiendas constituye un fraude. Al firmar este formulario, por este medio doy fe que la información es verdadera y correcta. Yo declaro que la persona nombrada arriba es una persona autorizada y reúne los requisitos para recibir vacunas del ASN.

NOTA: No se requiere que las clínicas de VIH/ETS que participan en la iniciativa especial de la hepatitis B usen este formulario; todos los clientes en clínicas de VIH/ETS tienen derecho a recibir la vacuna contra la hepatitis B. Se requiere el formulario si la clínica de VIH/ETS provee vacunas distintas a la de la hepatitis B.

Con ciertas excepciones, tiene derecho a pedir y a ser informado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Tiene derecho a recibir y examinar la información al pedirla. También tiene derecho a pedir a la agencia que corrija cualquier información que se determine es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us> para obtener más información sobre la Notificación de privacidad. (Referencia: Código gubernamental, sección 552.021, 552.023 y 559.004)

