

Adult Safety Net (ASN) program

ADULT ELIGIBILITY SCREENING RECORD

PURPOSE: To determine and record eligibility for the DSHS ASN program. A record of the eligibility status of adults receiving vaccines supplied by DSHS must be maintained either in hard copy by the clinic providing the service or in an electronic system. Hard copies must be maintained for five years. ASN eligibility screening and documentation of eligibility status must take place at each immunization visit to ensure eligibility status for the program.

Date of Screening: ____/____/____
(mm/dd/yyyy)

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

Date of Birth: ____/____/____ Sex: ☐ Male ☐ Female
(mm/dd/yyyy)

Have you ever served in the United States Armed Forces or Texas Military Forces, regardless of length of service or type of discharge? ☐ Yes ☐ No ☐ Choose not to answer

Important Information for Former Female Military Service Members:

If you are an adult woman who served in the military, you may be entitled to additional services.

Please visit the TVC's Women Veterans Program website at <https://tvc.texas.gov/women> and the Texas Veterans Portal at <https://veterans.portal.texas.gov>.

ASN Eligibility Criteria (please check only one box below):

- ☐ I declare that I qualify for vaccines through the ASN program because I do not have health insurance.
- ☐ I declare that I qualify for vaccines through Disaster Relief/Outbreak efforts. The CDC waived insurance status (insured or non-insured) for all disaster relief efforts.

Referring Provider: _____

Patient Signature: _____ Date: ____/____/____
(mm/dd/yyyy)

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 eligible to receive vaccines.

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 dshs.texas.gov for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, and 559.004)

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)