Community Healthcare Center
Reaching Out To Everyone

PFIZER BIONTECH COVID-19 VACCINE CONSENT FORM

Name (last, first)	**Date of Birth**
Emergency Contact Name/Relation	**Phone**

VACCINE ELIGIBILITY SCREENING

The following questions will help us in determining if receiving the vaccine is a right for you.

	YES	*NO*
*1. Have you received a COVID-19 vaccine, **at any time**?*		
*2. Have you received any other vaccinations in the past **two** (2) **weeks**?*		
*3. Are you experiencing **NEW/ATYPICAL** onset of the following: fever, chills, cough, shortness of breath, difficulty breathing, fatigue, muscle/body aches, headache, loss of taste/smell, sore throat, nausea, vomiting, diarrhea?*		
*4. Have you been diagnosed with COVID-19 infection, in the last **3 months** or are you/household member being monitored for COVID-19?*		
5. If you answered yes to Q.4, did you receive antiviral/antibody therapies?		
*6. Do you have a known allergy to **polyethylene glycol (PEG), polysorbate,** or any of the listed components of the Pfizer COVID-19 Vaccine?* ***The Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine includes the following ingredients: mRNA, lipids ((4-hydroxybutyl)azanediyl)bis(hexane-6,1-diyl)bis(2-hexyldecanoate), 2 [(polyethylene glycol)-2000]-N,N-ditetradecylacetamide, 1,2-Distearoyl-sn-glycero-3- phosphocholine, and cholesterol), potassium chloride, monobasic potassium phosphate, sodium chloride, dibasic sodium phosphate dihydrate, and sucrose.***		
*7. Have you experienced a **SEVERE** reaction to any vaccination, including within the first 4 hours of your 1st COVID vaccine **Ex. itching, swelling, or hives to the body; difficulty breathing or wheezing***		
*8. Do you have a **SEVERE/ANAPHYLACTIC** allergy or are required to carry/use of an Epi-Pen?* ***Examples include: medication, latex, food, insects/animals, environmental exposures***		

CONSENT FOR VACCINATION

The Pfizer BioNTech COVID-19 Vaccine made by Pfizer has been authorized by the Federal Drug Administration (FDA) under the Emergency Use Authorization (EUA). The FDA may issue an EUA based on a declaration by the Secretary of the Department of Health and Human Services (HHS) that circumstances justify emergency use of the drugs and biological products during the COVID-19 pandemic, if certain criteria are met. Those criteria include that there are no adequate FDA approved alternatives available. There is currently not enough scientific evidence available for the FDA to fully approve this or any other COVID-19 vaccine. The FDA decision to issue a EUA is based on the totality of the scientific evidence available showing that the Pfizer vaccine may be effective to prevent COVID-19 and that the known and potential benefits of the Pfizer vaccine outweighs the known and potential risks.

North Central Texas Community Healthcare Center Is authorized to offer the Pfizer vaccine based on guidance from the Centers for Disease Control and the Texas Department of State Health Services. The Pfizer vaccine will be provided at no charge. The Pfizer vaccine requires two doses given 21 days apart to be effective.

Community Healthcare Center
Reaching Out To Everyone

Pfizer vaccine side effects that have been reported in clinical trials include, but are not limited to: injection site pain, tiredness, headache, muscle pain, chills, joint pain, fever, injection site swelling, injection site redness, nausea, feeling unwell, swollen lymph nodes. These symptoms are not severe in the majority of cases, and usually resolved within 24 hours. Adverse side effects should be reported to CHC at 940.766.6306. Certain severe allergic reactions have been reported outside of clinical trials; if you develop symptoms of an allergic reaction following vaccination (such as trouble breathing, chest pain, fast heartbeat, dizziness, weakness swelling of the face, throat, or tongue, or a rash all over your body) call 911 or go to your nearest Hospital Emergency Department.

- I have read and/or had read and explained to me the Emergency Use Authorization (EUA) of the Pfizer COVID-19 Vaccine to Prevent Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in individuals 16 Years of Age and Older Fact Sheet for Recipients and Caregivers.
- I understand that the FDA has authorized use of the Pfizer Vaccine under the Emergency Use Authorization (EUA) and that there is currently not enough scientific evidence available for the FDA to fully approve this or any other COVID-19 Vaccine.
- I understand the known risks and the potential benefits of receiving the Pfizer Vaccine and I understand there may be risks to the Pfizer vaccine that are not known at this time.
- I have been given the opportunity to ask questions. And all questions I have regarding the vaccine, vaccination process, side effects, and follow up have been answered to full understanding and satisfaction.
- I understand and agree that Community Healthcare Center is required to submit COVID-19 vaccine administration data to the Texas Department of State Health Service's Texas Immunization Registry (ImmTrac2) System and report moderate and severe adverse events following vaccination to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS).
- I understand to receive full effect, that the Pfizer Vaccine will be given in two (2) separate doses, 21 days apart, and I will make every conscious effort to receive both doses.
- I understand it is required that I remain on site for at least **15 minutes** after receiving the Pfizer vaccine and that depending on the recommendations of medical professionals I may be asked to remain on site longer for monitoring.

By Signature, **I GIVE CONSENT** for *NORTH CENTRAL TEXAS COMMUNITY HEALTHCARE CENTER* and its staff to vaccinate me today.

Signature of Recipient: _____ **Date: _____ / _____ / _____**
(or authorized parent or guardian, if a minor)

Signature of Reviewer: _____ **Date: _____ / _____ / _____**

FOR ADMIN USE ONLY

Date Vaccine Administered	Route	Site	Lot #	Exp. Date	Signature & Title of Administrator
#1 / #2	IM	Lt. / Rt. deltoid			

Community Healthcare Center
Reaching Out To Everyone

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA PFIZER BIONTECH CONTRA EL COVID-19

Apellido, nombre	**Fecha de nacimiento**
Nombre del contacto de emergencia/parentesco	**Teléfono**

EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNA

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si la vacuna es adecuada para usted.

	SÍ	*NO*
1. ¿Recibió una vacuna contra el COVID-19 ***en cualquier momento****?*		
2. ¿Recibió alguna otra vacuna en las últimas ***dos (2) semanas****?*		
3. s, ¿Tiene usted de forma ***NUEVA o ATÍPICA*** *alguno de los siguientes síntoma?: fiebre, escalofríos, tos, falta de aire, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares/corporales, dolor de cabeza, pérdida del gusto o del olfato, dolor de garganta, náuseas, vómito diarrea*		
4. ¿Le diagnosticaron COVID-19 en los últimos ***3 meses*** *o usted o algún miembro de su hogar está siendo vigilado para ver si tiene COVID-19?*		
5. Si respondió "sí" a la pregunta 4, ¿recibió tratamientos con antivirales/anticuerpos?		
6. ¿Tiene alergia al ***polietilenglicol (PEG)****, al* ***polisorbato*** *o a alguno de los componentes de la vacuna Pfizer contra el COVID-19?* ***La vacuna Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 incluye los siguientes componentes: ARNm, lípidos ((4-hidroxibutil)azanediil)bis(hexano-6,1-diil)bis(2-hexildecanoato), 2 [(polietilenglicol)-2000]-N,N-ditetradecilacetamida, 1,2-distearoil-sn-glicero-3-fosfocolina y colesterol), cloruro de potasio, fosfato de potasio monobásico, cloruro de sodio, fosfato de sodio dibásico dihidrato y sacarosa.***		
7. ¿Tuvo alguna reacción ***GRAVE*** *a alguna vacuna, incluidas las primeras 4 horas después de la 1.ra vacuna contra el COVID,* ***tal como picazón hinchazón o urticaria en el cuerpo, dificultad para respirar o sibilancias****?*		
8. ¿Tiene alguna alergia ***GRAVE/ANAFILÁCTICA*** *o debe llevar/usar un Epi-Pen?* ***Entre los ejemplos se incluyen: alergias a medicamentos, al látex, a ciertos alimentos, a insectos o animales, a exposiciones ambientales***		

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN

La vacuna Pfizer BioNTech contra el COVID-19, fabricada por Pfizer, fue autorizada por la Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, FDA por sus siglas en inglés) mediante una Autorización de uso de emergencia (EUA por sus siglas en inglés). La FDA puede emitir una EUA basándose en una declaración del Secretario del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos o "HHS") de que las circunstancias justifican el uso de emergencia de medicamentos o productos biológicos durante la pandemia de COVID -19 si se cumplen ciertos criterios. Uno de esos criterios es el hecho de que no haya disponibles alternativas adecuadas aprobadas por la FDA. En este momento no hay suficiente evidencia científica disponible para que la FDA apruebe por completo esta o cualquier otra vacuna contra el COVID-19. La decisión de la FDA de emitir una EUA se basa en la totalidad de la evidencia científica disponible que muestra que la vacuna Pfizer puede ser eficaz en la prevención del COVID-19 y que sus beneficios conocidos y potenciales superan los riesgos conocidos y potenciales.

Community Healthcare Center

Reaching Out To Everyone

North Central Texas Community Healthcare Center está autorizado a ofrecer la vacuna Pfizer de acuerdo con la guía de los Centers for Disease Control (Centros para el Control de Enfermedades) y el Texas Department of State Health Services (Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas). La vacuna Pfizer se proporcionará sin cargo. La vacuna Pfizer requiere dos dosis administradas con 21 días de diferencia para ser eficaz.

Algunos de los efectos secundarios de la vacuna Pfizer informados en ensayos clínicos son, entre otros: dolor, hinchazón o enrojecimiento en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular o articular, escalofríos, fiebre, náuseas, malestar general, hinchazón de los ganglios linfáticos. En la mayoría de los casos, estos síntomas no son graves y, por lo general, se resuelven en 24 horas. Los efectos secundarios adversos deben notificarse al CHC llamando al 940.766.6306. Se han informado ciertas reacciones alérgicas graves fuera de los ensayos clínicos; si usted tiene síntomas de una reacción alérgica después de la vacunación (p. ej., dificultad para respirar, dolor en el pecho, latidos rápidos del corazón, mareos, debilidad, hinchazón de la cara, garganta o lengua, o erupción en el cuerpo), llame al 911 o vaya al departamento de emergencias del hospital más cercano.

- Leí o me leyeron y me explicaron la Hoja informativa para receptores y cuidadores sobre la Autorización de uso de emergencia o "EUA" de la vacuna Pfizer contra el COVID-19 para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) en personas de 16 años de edad y mayores.

- Comprendo que la FDA autorizó el uso de la vacuna Pfizer mediante la Autorización de uso de emergencia o "EUA" y que en este momento no hay suficiente evidencia científica disponible para que la FDA apruebe por completo esta o cualquier otra vacuna contra el COVID-19.

- Comprendo los riesgos conocidos y los posibles beneficios de recibir la vacuna Pfizer y comprendo que dicha vacuna puede tener riesgos aún desconocidos.

- Me dieron la oportunidad de hacer preguntas. Respondieron todas mis preguntas relativas a la vacuna, el proceso de vacunación, los efectos secundarios y el seguimiento a mi total satisfacción y comprensión.

- Comprendo y acepto que Community Healthcare Center debe enviar datos de la administración de la vacuna contra el COVID-19 al Texas Immunization Registry (Registro de vacunas de Texas, ImmTrac2) del Texas Department of State Health Service (Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas) y notificar acontecimientos adversos moderados y graves posteriores a la vacunación al *Vaccine Adverse Event Reporting System* (Sistema de notificación de reacciones adversas a las vacunas VAERS).

- Comprendo que para recibir el efecto completo de la vacuna Pfizer, me la administrarán en dos (2) dosis separadas con 21 días de diferencia y haré todo lo conscientemente posible para recibir las dos dosis.

- Comprendo que debo quedarme en el lugar al menos **15 minutos** después de recibir la vacuna Pfizer y que, dependiendo de las recomendaciones de los profesionales médicos, podrían pedirme que me quede más tiempo para vigilarme.

Mi firma al pie indica que **AUTORIZO** a *NORTH CENTRAL TEXAS COMMUNITY HEALTHCARE CENTER* y a su personal a vacunarme en el día de hoy.

Firma de la persona que recibe la vacuna:_____ **Fecha:** _____ **/** _____ **/** _____
(o del padre/la madre o el/la tutor/a, si se trata de un menor)

Firma del revisor: _____ **Fecha:** _____ **/** _____ **/** _____

PARA USO EXCLUSIVO DE ADMIN.

Community Healthcare Center

Reaching Out To Everyone

Fecha en que se administró la vacuna	Vía	Lugar	Lote nro.	Fecha de vencimiento	Firma y cargo de quien la administra
Nro. 1/Nro. 2	IM	Deltoides izq./der.			

TEXAS Health and Human Services | Texas Department of State Health Services

ImmTrac2 Immunization Registry
DISASTER INFORMATION RETENTION CONSENT FORM

(Please print clearly)

Client's Last Name

Client's First Name

Client's Middle Name

Client's Date of Birth (__/__/____)

*A parent, legal guardian or managing conservator must sign this form if the client is younger than 18 years of age.

Client's Gender: ☐ Male ☐ Female

Client's Address

Apartment #

Client's Telephone (___-___-____)

City

State

Zip Code

County

Mother's First Name (if client is younger than 18 years of age)

Mother's Maiden Name (if client is younger than 18 years of age)

ImmTrac2, the Texas immunization registry, has been designated as the disaster-related reporting and tracking system for immunizations, antivirals, and other medications administered to individuals in preparation for, or in response to, a disaster or public health emergency. From the time the event is declared over, ImmTrac2 will retain disaster-related information received from health-care providers for a period of 5 years. At the end of the 5 year retention period, client-specific disaster-related information will be removed from the Registry unless consent is granted to retain the client information in ImmTrac2 beyond the 5 year retention period.

The Texas Department of State Health Services (DSHS) encourages your voluntary participation in the Texas immunization registry.

Consent for Retention of Disaster-Related Information and Release of Information to Authorized Entities

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing retention of my (or my child's) disaster-related information by DSHS beyond the 5 year retention period. I further understand that DSHS will include this information in the state's central immunization registry ("ImmTrac2"). Once in ImmTrac2, my (or my child's) disaster-related information may by law be accessed by:

- a state agency, for the purpose of aiding and coordinating communicable disease prevention and control efforts, and / or
- a physician or other health-care provider legally authorized to administer immunizations, antivirals, and other medications, for treating the client as a patient;

I understand that I may withdraw this consent to retain information in the ImmTrac2 Registry beyond the 5 year retention period and my consent to release information from the Registry, at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

By my signature below, I GRANT consent to retain my disaster-related information (or my child's information if younger than age 18) in the Texas immunization registry beyond the 5 year retention period.

Client (or parent, legal guardian, or managing conservator): _____

Printed Name:

Date:_____ Signature: _____

Privacy Notification: With few exceptions, you have the right to request and 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 state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See http://www.dshs.texas.gov for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

Upon completion, please fax or mail form to the DSHS ImmTrac2 Group or a registered Health-care provider.

Questions? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com • ImmTrac2 DC

Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2

Please enter client information in ImmTrac2 and **affirm** that consent has been granted.

DO NOT fax to ImmTrac2. **Retain this form in your client's record.**

TEXAS Health and Human Services | Texas Department of State Health Services

ImmTrac2 Immunization Registry
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE RETENCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL DESASTRE

(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Apellido del Cliente

Nombre del Cliente

Segundo Nombre del Cliente

Fecha de Nacimiento del Cliente

*Uno de los padres, el tutor legal o el custodio administrador debe firmar este formulario si el cliente es menor de 18 años de edad.

Género: ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**

Dirección del Cliente

Apartamento #

Teléfono del cliente

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

Nombre de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)

Apellido de Soltera de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)

Nombre de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad) Apellido de Soltera de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad) ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, ha sido designado como el sistema de información y seguimiento para inmunizaciones, antivirales y otros medicamentos administrados a individuos durante la preparación o respuesta a un desastre o emergencia de salud pública. A partir del momento en que se declare finalizado el evento, ImmTrac2 retendrá la información relacionada con el desastre recibida por profesionales de la salud durante un periodo de 5 años. Al final del periodo de retención de 5 años, la información del cliente relacionada con el desastre se removerá del registro a menos que se dé el consentimiento para retener la información en ImmTrac2 más allá del periodo de retención de 5 años.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas.

Consentimiento de retención de información relacionada con el desastre y dar a conocer la información a entidades autorizadas

Entiendo que, al dar mi consentimiento a continuación, autorizo al DSHS a que retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a]) más allá del periodo de retención de 5 años. Además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a]) esté en ImmTrac2, puede ésta por ley ser accedida por:

- las agencias estatales, con el propósito de ayudar con los esfuerzos de prevención y control de enfermedades transmisibles y su coordinación y
- los médicos o demás profesionales de la salud legalmente autorizados para administrar vacunas, antivirales y otros medicamentos, para el tratamiento del cliente como paciente.

Entiendo que puedo retirar el consentimiento para retener información en el registro ImmTrac2 más allá del periodo de retención de 5 años y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro, en cualquier momento mediante comunicación escrita dirigida a Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para que se retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a] si es menor de 18 años de edad) en el registro de inmunizaciones de Texas más allá del periodo de retención de 5 años.

Cliente (o padre / madre, tutor legal o custodio administrador): _____

Nombre en letra de molde

Fecha: _____ Firma: _____

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)

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com • ImmTrac2 DC

Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2

Please enter client information in ImmTrac2 and **affirm** that consent has been granted.

DO NOT fax to ImmTrac2. **Retain this form in your client's record.**

Community Healthcare Center
Reaching Out To Everyone

SIGNATURE ON FILE

I request payment of authorized Medicare, Medicaid or other insurance benefits be made on my behalf payable to North Central Texas Community Health Care Center, Inc.

I authorize any holder of medical information about me to release to Medicare, Medicaid or other identified payers and their agents any information needed to determine these benefits or benefits for related services.

Name of Beneficiary (Person Receiving the Service): _____

☐ Medicare-Medicare ID: _____ ☐ Traditional ☐ Medicare Advantage

☐ Medicaid-Medicaid ID: _____ ☐ TX MCD ☐ Amerigroup ☐ Superior
☐ FirstCare ☐ Molina ☐ Cigna Healthspring
☐ Aetna ☐ Parkland ☐ Other _____

☐ CHIP Coverage-CHIP ID:_____ ☐ Molina ☐ Amerigroup ☐ Superior ☐ Parkland
☐ Other_____

☐ Private Insurance (BCBSTX, UHC, Aetna, etc.) Subscriber ID: _____
Group ID: _____
Company: _____

I certify that the information given by me is true and correct.

Signature _____ Date_____
(Beneficiary or Legal Guardian)

Notice Concerning Complaints: Complaints about physicians, as well as other licensees and registrants of the Texas State Board of Medical Examiners, including physician assistants, acupuncturists and surgical assistants may be reported for investigation at the following address: Texas Medical Board; Attention: Investigations; 333 Guadalupe, Tower3, Suite 610; P.O. Box 2018, MC-263; Austin, TX 78768-2018. Assistance in filing a complaint is available by calling the following telephone number: 1-800-201-9353. For more information you may visit the website at: www.tmb.state.tx.us.

940-766-6306
940-766-6504 (fax)
P.O. Box 720, Wichita Falls, TX 76307-0720
200 Martin Luther King, Jr. Blvd, Wichita Falls, Texas 76301-1152

Community Healthcare Center
Reaching Out To Everyone

FIRMA REGISTRADA

Solicito que el pago de Medicare, Medicaid u otros beneficios de seguro autorizados se haga en mi nombre pagadero al North Central Texas Community Health Care Center, Inc.

Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a Medicare, Medicaid u otros pagadores identificados y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados.

Nombre del Beneficiario (Persona Receptora del Servicio): _____

☐ Medicare-Identificación de Medicare: _____ ☐ Tradicional ☐ Ventaja de Medicare

☐ Medicaid-Identificación de Medicaid: _____ ☐ TX MCD ☐ Amerigroup
☐ Superior
☐ FirstCare ☐ Molina ☐ Aetna
☐ Cigna Healthspring ☐ Parkland
☐ Other _____

☐ CHIP Coverage-CHIP ID:_____ ☐ Molina ☐ Amerigroup ☐ Superior ☐ Parkland
☐ Other_____

☐ Seguro privado (BCBSTX, UHC, Aetna, etc.) ID de suscriptor: _____
Id. de grupo: _____
Compañía: _____

Certifico que la información dada por mí es verdadera y correcta.

Firma _____ Fecha_____
(Beneficiario o Tutor Legal)

Aviso con respecto a quejas: Las quejas sobre los médicos, así como otros licenciatarios y solicitantes de registro de la Junta Estatal de Examinadores Médicos de Texas, incluyendo asistentes médicos, acupunturistas y asistentes quirúrgicos pueden ser reportados para la investigación en la siguiente dirección: Junta Médica de Texas; Atención: Investigaciones; 333 Guadalupe, Torre3, Suite 610; P.O. Box 2018, MC-263; Austin, TX 78768-2018. La asistencia para presentar una queja está disponible llamando al siguiente número de teléfono: 1-800-201-9353. Para obtener más información, puede visitar el sitio web en:
www.tmb.state.tx.us.

940-766-6306
940-766-6504 (fax)
P.O. Box 720, Wichita Falls, TX 76307-0720
200 Martin Luther King, Jr. Blvd, Wichita Falls, Texas 76301-1152