



PARA USO OFICIAL:

- OSIS
- Original Shot Record
- School Shot Record
- No Shot Record

AUTORIZACIÓN DE VACUNACIÓN

Apellido		Nombre		Segundo nombre (Inicial)	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo M - F	Idioma (Encierre uno) Inglés Español		Origen étnico (Encierre uno) Hispano No hispano
Elegibilidad para el programa de vacunación infantil El (la) menor debe tener menos de 19 años de edad y cumplir por lo menos uno de los siguientes criterios de elegibilidad para recibir vacunas sin costo. <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) tiene cobertura a través de Soonercare/Medicaid # _____ <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) es indígena norteamericano(a) o nativo(a) de Alaska. <input type="checkbox"/> Mi hijo(a) no tiene seguro.				Raza (Encierre una) Blanca Negra Indígena Norteamericano/Nativo de Alaska Asiático/Isleño del Pacífico	
				Nombre de soltera de la madre	

Fecha	Nombre de la escuela, evento o centro de cuidado infantil
--------------	--

Doy mi consentimiento y solicito que el/la menor arriba mencionado(a) reciba las vacunas marcadas abajo que son proporcionadas por el Departamento de Salud del Condado y la Ciudad de Oklahoma y administradas por profesionales de la salud con formación médica en el lugar arriba mencionado.

Doy mi consentimiento y entiendo que las vacunas marcadas a continuación se administrarán con la asistencia de Oklahoma Caring Foundation, Inc. y Caring Van Program. He leído o he hecho que expliquen la información contenida en las Declaraciones Informativas sobre Vacunas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. acerca de las enfermedades marcadas abajo y de las vacunas marcadas abajo. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas marcadas abajo y solicito que las vacunas marcadas abajo sean administradas al/a la menor arriba mencionado(a). Autorizo la divulgación de la información sobre las vacunas a la escuela, centro de cuidado infantil, funcionarios de salud pública y profesionales de la salud arriba mencionados.

Reconozco que me han dado la oportunidad de revisar el Aviso de Privacidad del Departamento de Salud del Condado y la Ciudad de Oklahoma tal como lo exige la Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas de Seguros de Salud. Se entregará una copia a petición.

Este consentimiento permanecerá vigente durante 90 días después de la fecha de la firma.

Por favor, marque una de las siguientes opciones:

- Mi hijo(a) puede recibir las vacunas sin mi presencia.
- Mi hijo(a) puede recibir las vacunas solamente con mi presencia.

Firma del padre, madre o tutor legal 	Relación con el/la menor
---	---------------------------------

El/La menor mencionado(a) arriba no ha recibido, y por tanto recibirá, las siguientes vacunas:

- POR FAVOR, MARQUE LOS REGISTROS DE MI HIJO(A) Y ADMINISTRE LA VACUNA O VACUNASS QUE NECESITE.**
- Vacuna contra DTT (DTaP/Tdap)
- Vacuna contra Hib (hemófilo-influenza B)
- Vacuna contra hepatitis A
- Vacuna contra hepatitis B
- Vacuna antineumocócica conjugada
- Vacuna contra la polio mielítica
- Vacuna contra sarampión, paperas y rubeola
- Vacuna contra varicela
- Vacuna antimeningocócica conjugada
- Vacuna contra virus del papiloma humano



Patient Name: _____

DOB: _____

PHOCIS# _____

CHILDREN'S IMMUNIZATION QUESTIONNAIRE

		Yes/Si	No
1	Does your child have a fever today? Tiene su niño fiebre hoy?		
2	Is your child sick with anything more than a cold? Está su niño/a enfermo/a con algo más que un resfriado?		
3	Is your child taking any medications, including chemotherapy or large doses of steroids? Está su niño tomando alguna medicina incluyendo quimioterapia o grandes dosis de esteroides?		
4	Does your child have any allergy to any of the following? If yes please circle: Bakers' yeast Gelatin Neomycin Streptomycin Thimerosal (mercury derivative) Latex Es alérgico su niño a algo de lo siguiente? Si su respuesta es si, por favor circúlela Levaduraparahornear Gelatina Neomicina Estreptomicina Thimerosal (derivado del mercurio) Látex		
5	Has your child had any reactions to vaccines in the past? Ha tenido su niño alguna reacción a las vacunas en el pasado?		
6	Has your child received any vaccinations within the last 3 months? Ha recibido su niño alguna vacuna en los últimos 3 meses?		
7	Has your child ever had a seizure? Ha tenido su niño alguna vez una convulsión (ataque)?		
8	Does your child have any of the following? If yes, please circle: Cancer Leukemia HIV/AIDS SCID (Severe combined immunodeficiency disease) Tiene su niño algo de lo siguiente? Si su respuesta es si, por favor circúlela: Cáncer Leucemia VIH/SIDA Enfermedad inmunodeficiente severo combinada		
9	Is your child in close contact with anyone that has any of the following? If yes, please circle Cancer Leukemia Chemotherapy Large doses of steroids HIV/AIDS Está su niño en contacto cercano con alguien que tenga algo de lo siguiente? Si su respuesta es si, por favor circúlela: Cáncer Leucemia Quimioterapia Grandes dosis de esteroides VIH/SIDA		
10	Has your child received a blood transfusion or any other blood products in the past 3 months? Ha recibido su niño una transfusión de sangre o algún otro producto sanguíneo en los últimos 3 meses		
11	Has your child had a Tuberculosis (TB) skin test in the past 4 weeks? Ha tenido su niño una prueba cutánea (piel) para Tuberculosis (TB) en las últimas 4 semanas?		
12	Will your child need a Tuberculosis (TB) skin test in the next 6 weeks? Va a necesitar su niño una prueba cutánea (piel) para Tuberculosis (TB) en las próximas 6 semanas?		
13	Has your child had chickenpox disease? Ha tenido su niño la varicela?		
14	FOR GIRLS OVER AGE 12 ONLY - - - - - Is your child be pregnant? Para niñas (mayores de 12 años de edad)- - - - - esta su niña embarazada?		

Form Completed by: **X** _____

Date: _____

Form Reviewed by: _____

Date: _____