



PARA USO OFICIAL:
<input type="checkbox"/> OSIS
<input type="checkbox"/> Registro de vacunación original
<input type="checkbox"/> Registro de vacunación escolar
<input type="checkbox"/> Sin registro

AUTORIZACIÓN DE VACUNACIÓN

Last name/Apellido		First Name/Nombre		Middle Initial/Segundo nombre (Inicial)		Phone/Teléfono		
Address/Dirección			City/Ciudad		State/Estado		Zip/Código postal	
Birthdate/Fecha de nacimiento		Age/Edad		SSN		Sex/Sexo		
Elegibilidad para el programa de vacunación infantil <i>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.</i>						Origen étnico (Marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico		
								<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.
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 Tulsa y administradas por profesionales de la salud con formación médica.

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 me 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 Tulsa, 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.

Please check one of the following boxes/Por favor marque una de las siguientes opciones:

- My child's immunizations **can be done without** my presence. / Mi hijo(a) **puede recibir las vacunas sin** mi presencia.
- My child's immunizations **can only be done with** my presence. / Mi hijo(a) **puede recibir las vacunas solamente con** mi presencia

Firma del padre, madre o tutor legal 	LETRA DE IMPRENTA Nombre del padre, madre o tutor legal	Relación con el/la menor	Fecha
---	--	---------------------------------	--------------

<input type="checkbox"/> Please review my child's record and give any immunizations needed. Por favor revise el registro de mi hijo(a) y administre las vacunas que necesite.					
or					
<input type="checkbox"/> Select the immunizations you would like your child to receive below. Seleccione las vacunas que desea que su hijo(a) reciba.					
Nombre de la vacuna	Lote	Sitio	Nombre de la vacuna	Lote	Sitio
<input type="checkbox"/> Diphtheria, Tetanus and Pertussis <i>Vacuna para difteria, tétanos y tos ferina</i>			<input type="checkbox"/> Measles, Mumps and Rubella <i>Vacuna contra sarampión, paperas y rubeola</i>		
<input type="checkbox"/> Polio <i>Vacuna antipolio mielítica</i>			<input type="checkbox"/> Varicella (Chicken Pox) <i>Vacuna contra la varicela</i>		
<input type="checkbox"/> Hepatitis B <i>Vacuna contra la hepatitis B</i>			<input type="checkbox"/> Tdap <i>Vacuna contra tétanos, difteria y tos ferina</i>		
<input type="checkbox"/> Hepatitis A <i>Vacuna contra la hepatitis A</i>			<input type="checkbox"/> Td <i>Vacuna contra tétanos y difteria</i>		
<input type="checkbox"/> Haemophilus Influenza Type B <i>Vacuna contra la hemófilo-Influenza B</i>			<input type="checkbox"/> Meningococcal <i>Vacuna antimeningocócica</i>		
<input type="checkbox"/> Pheumococcal Conjugate <i>Vacuna antineumocócica conjugada</i>			<input type="checkbox"/> Human Papillomavirus <i>Vacuna contra el virus del papiloma humano</i>		
<input type="checkbox"/> Other • <i>Otra</i>			<input type="checkbox"/> Other • <i>Otra</i>		
FIRMA DEL ENFERMERO			Fecha		

Name _____ Birth Date _____

Nombre

Fecha de Nacimiento

Questions for Person Receiving Immunizations

Preguntas Para la Persona Recibiendo Las Vacunas

1. Do you have fever, vomiting or diarrhea today? <i>¿Tien calenture, vómito o diarrea hoy?</i>	Yes	No
2. Do you have something more than a cold? <i>¿Esta enfermo con algo mas que un resfriado?</i>	Yes	No
3. Are you taking medicine? <i>¿Esta tomando alguna medicina?</i>	Yes	No
4. Do you have allergies to any medication, food or vaccine? <i>¿Tiene alergia a un medicamento, comida a vacuna?</i> Circle to indicate allergy: <i>Indique si es alergico a uno de lo siguiente:</i> Eggs <i>Huevos</i> Latex <i>Latex</i> Bakers Yeast <i>Lavadrua de cocinar</i> Gelatin <i>Gelatina</i> Neomycin <i>Neomicina</i> Steptomycin <i>Estreptomicina</i> Thimerosal <i>Timerosal</i>	Yes	No
5. Have you had a serious reaction to a vaccine in the past? <i>¿Ha tenido anteriormente reacciones severas a una vacuna?</i>	Yes	No
6. Have you had any shots within the last three months? <i>¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos tres meses?</i>	Yes	No
7. Do you have or do you come in contact with anyone who has: <i>¿Tiene o esta teniendo contacto directo con alguien que tiene?</i> Cancer <i>Cancer</i> Leukemia <i>Leucemia</i> HIV/AIDS <i>VIH/SIDA</i> Chemotherapy <i>Recibiendo Quimioterapia</i> Large does of steroids <i>Recibiendo grandes dosis de esteroides</i>	Yes	No
8. Have you received blood, a blood product or immune(gamma) globulin in the last 12 months? <i>¿Ha recibido transfusionde sangre,producto de sangre o globulina (gamman) immune en los últimos 12 mes?</i>	Yes	No
9. Have you had a seizure, brain or nerve problem? <i>¿Hatenido una convulsi ón, problemas de nervio ode cerebro?</i>	Yes	No
10. Have you had the disease Hepatitis A? <i>¿Le ha dado la enfermedad de la Hepatitis A?</i>	Yes	No
11. Have you had the chickenpox? If yes, at what age? _____ <i>¿Ha tenido la enfermedad de la varicela? A que edad?</i> _____	Yes	No
12. Have you had the varicella (Chickenpox) vaccination? <i>¿Ha recibidola vacuna para la varicela?</i>	Yes	No
13. Have you ever experienced Guillain-Barre Syndrome? <i>¿Ha tenido el Sindrome de Guillain-Barre?</i>	Yes	No
14. For Females 10 years of age and older: are you pregnant or planning a pregnancy? <i>¿Para mujeres mayores de 10 años; esta emarazada o esta planeando un embarazo?</i>	Yes	No
15. Where did you hear about this clinic? (Circle One) <i>¿C ómo supo de esta clinica? (Circle Uno)</i> TV Radio Newspaper/Periódico School Flier/Escuela Family or Friend/Familiar o Amistad Other _____	Yes	No