



<b>PARA USO OFICIAL:</b>
<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

<b>Last name/Apellido</b>		<b>First Name/Nombre</b>		<b>Middle Initial/Segundo nombre (Inicial)</b>		<b>Phone/Teléfono</b>		
<b>Address/Dirección</b>			<b>City/Ciudad</b>		<b>State/Estado</b>		<b>Zip/Código postal</b>	
<b>Birthdate/Fecha de nacimiento</b>		<b>Age/Edad</b>		<b>SSN</b>		<b>Sex/Sexo</b>		
<b>Elegibilidad para el programa de vacunación infantil</b> <b>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.</b> <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.						<b>Origen étnico (Marque uno)</b> <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		
						<b>Mother's Maiden Name/Apellido de soltera de la madre</b>		
<b>Fecha</b>		<b>Nombre de la escuela, evento o centro de cuidado infantil</b>						

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

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

<input type="checkbox"/> <b>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.</b>					
<b>or</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Select the immunizations you would like your child to receive below. Seleccione las vacunas que desea que su hijo(a) reciba.</b>					
<b>Nombre de la vacuna</b>	<b>Lote</b>	<b>Sitio</b>	<b>Nombre de la vacuna</b>	<b>Lote</b>	<b>Sitio</b>
<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>		
<b>FIRMA DEL ENFERMERO</b>			<b>Fecha</b>		

Name \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Questions for Person Receiving Immunizations**

*Preguntas Para la Persona Recibiendo Las Vacunas*

1. <b>Do you have fever, vomiting or diarrhea today?</b> <i>¿Tien calenture, vómito o diarrea hoy?</i>	Yes	No
2. <b>Do you have something more than a cold?</b> <i>¿Esta enfermo con algo mas que un resfriado?</i>	Yes	No
3. <b>Are you taking medicine?</b> <i>¿Esta tomando alguna medicina?</i>	Yes	No
4. <b>Do you have allergies to any medication, food or vaccine?</b> <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. <b>Have you had a serious reaction to a vaccine in the past?</b> <i>¿Ha tenido anteriormente reacciones severas a una vacuna?</i>	Yes	No
6. <b>Have you had any shots within the last three months?</b> <i>¿Ha recibido alguna vacuna en los últimos tres meses?</i>	Yes	No
7. <b>Do you have or do you come in contact with anyone who has:</b> <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. <b>Have you received blood, a blood product or immune(gamma) globulin in the last 12 months?</b> <i>¿Ha recibido transfusionde sangre,producto de sangre o globulina (gamman) immune en los últimos 12 mes?</i>	Yes	No
9. <b>Have you had a seizure, brain or nerve problem?</b> <i>¿Hatenido una convulsi ón, problemas de nervio ode cerebro?</i>	Yes	No
10. <b>Have you had the disease Hepatitis A?</b> <i>¿Le ha dado la enfermedad de la Hepatitis A?</i>	Yes	No
11. <b>Have you had the chickenpox? If yes, at what age?</b> _____ <i>¿Ha tenido la enfermedad de la varicela? A que edad?</i> _____	Yes	No
12. <b>Have you had the varicella (Chickenpox) vaccination?</b> <i>¿Ha recibidola vacuna para la varicela?</i>	Yes	No
13. <b>Have you ever experienced Guillain-Barre Syndrome?</b> <i>¿Ha tenido el Sindrome de Guillain-Barre?</i>	Yes	No
14. <b>For Females 10 years of age and older: are you pregnant or planning a pregnancy?</b> <i>¿Para mujeres mayores de 10 años; esta emarazada o esta planeando un embarazo?</i>	Yes	No
15. <b>Where did you hear about this clinic? (Circle One)</b> <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