



Clínica de Inmunización

En asociación con la escuela de su hijo/a, enfermeras de Passport Health Oklahoma ofrecerán vacunas durante horarios escolares.

Todos los estudiantes están invitados a participar. Si su hijo/a no tiene seguro médico, también puede participar.

Por favor, elija una de las siguientes opciones.

() Mi hijo/a califica para el programa Vacunas para Niños (VFC)

- Mi hijo/a tiene Soonercare/Medicaid. Mi hijo/a no tiene seguro médico.
 Mi hijo/a es Nativo Indígena, Nativo de Alaska, Nativo Hawaiano u otro Pacífico Islandés.

() Mi hijo/a está inscrito al seguro médico

- Aetna BlueCross BlueShield Cigna
 Coventry First Health GEHA
 GlobalHealth HealthChoice Humana
 Mutual Assurance Tricare United
 Other (please list): _____

Marque las vacunas que quiere que su hijo/a reciba.

- Tdap (Tétanos, difteria y tos ferina). Requerido para entrar el grado 7°
 Meningitis
 HPV (VPH- Virus del papiloma humano) / Gardasil

¿Preguntas? Llame nuestra oficina. Lunes-Viernes 9am-5pm

Oklahoma City: 405-563-8961

Tulsa: 918-770-4290

Autorización de la Inmunización Passport Health Oklahoma School Immunization Program

Nombre de Hijo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Apellido Paterno) (Nombre) (Segundo Nombre)

Sexo: M / F Raza: _____ Apellido de Soltera de la Madre: _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono del Padre: _____

Seguro Medico – Si no tiene seguro medico, favor de escribir “ninguno”

Nombre de Seguro <small>(ex: SoonerCare, BCBS, United)</small>	ID #	Group #

► ¿Es Ud. el Asegurado Principal? **SÍ** () **No** () Si NO, favor de anotar abajo

Nombre Completo de Asegurado Principal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Vacunas

Favor de marcar su preferencia abajo.

() Favor de revisar los registros de mi niño y de la vacuna(s) que se necesite.

() Favor de poner *solamente* las vacunas listadas abajo a mi hijo :

Doy consentimiento a dar las vacunas listadas arriba a mi hijo. Yo entiendo que las vacunas serán proveídos por enfermeras departe de Passport Health Oklahoma sin mi presencia. Yo soy el pariente legal del estudiante. También, entiendo que las enfermeras de Passport Health Oklahoma pueden rehusar a dar inyecciones a mi hijo/a si él/ella no se comporta y su conducta será riesgo a pinchazo de aguja. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los riesgos y beneficios de las vacunas. Yo autorizo Passport Health Oklahoma a divulgar los registros de vacuna de mi hijo a la escuela, su pediatra, o el Departamento de Salud del Estado de Oklahoma si es solicitado.

Firma del Padre _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY:

Insurance: _____ Date: _____
 OSIS: _____ Date: _____
 PW: _____ Date: _____



Cuestionario Para Vacunación

	Sí	No	No Sabe
1. ¿Ha estado enfermo recientemente (el niño)?..... Si la respuesta es sí, por favor explique: _____	0	0	0
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, al huevo o otro alimento, a algún componente de las vacunas a al látex ?..... Si la respuesta es sí, por favor explique: _____	0	0	0
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado? Si la respuesta es sí, por favor explique: _____	0	0	0
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones, asma o un trastorno de la sangre?..... Si la respuesta es sí, por favor explique _____	0	0	0
5. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del Sistema inmunológico? Si la respuesta es sí, por favor explique: _____	0	0	0
6. ¿En los últimos 3 meses ha tomado el niño medicamento que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?..... Si la respuesta es sí, por favor explique: _____	0	0	0
7. ¿Durante el año pasado, le hicieron al niño una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o algún medicamento antivira?..... Si la respuesta es sí, por favor explique _____	0	0	0
8. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que Puede embarazada durante el próximo mes?..... Si la respuesta es sí, por favor explique: _____	0	0	0
9. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas? Si la respuesta es sí, por favor explique: _____	0	0	0

Por favor devuelva el cuestionario a la escuela. Si tiene preguntas concernientes esta forma o las vacunas se puede llamar: Passport Health Oklahoma.

OKC: 405-563-8961 Tulsa: 918-770-4290

Office Use Only

Vaccine: _____ Site: _____ Lot #: _____ Exp: _____ Initials: _____

Vaccine: _____ Site: _____ Lot #: _____ Exp: _____ Initials: _____

Vaccine: _____ Site: _____ Lot #: _____ Exp: _____ Initials: _____

Vaccine: _____ Site: _____ Lot #: _____ Exp: _____ Initials: _____

Additional Nurse Notes: