



## 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)?..... <b>Si la respuesta es sí, por favor explique:</b> _____	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 ?..... <b>Si la respuesta es sí, por favor explique:</b> _____	0	0	0
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado? ..... <b>Si la respuesta es sí, por favor explique:</b> _____	0	0	0
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones, <b>asma</b> o un trastorno de la sangre?..... <b>Si la respuesta es sí, por favor explique</b> _____	0	0	0
5. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del Sistema inmunológico? ..... <b>Si la respuesta es sí, por favor explique:</b> _____	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?..... <b>Si la respuesta es sí, por favor explique:</b> _____	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?..... <b>Si la respuesta es sí, por favor explique</b> _____	0	0	0
8. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que Puede embarazada durante el próximo mes?..... <b>Si la respuesta es sí, por favor explique:</b> _____	0	0	0
9. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas? ..... <b>Si la respuesta es sí, por favor explique:</b> _____	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:**