



AUTORIZACIÓN PARA LA VACUNACIÓN

oklahomacaringfoundation.org



APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	TELÉFONO
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTADO DE NACIMIENTO	SEXO	ETNIA (MARQUE SOLO UNA)	
ELEGIBILIDAD PARA VFC: EL NIÑO DEBE SER MENOR DE 19 AÑOS Y DEBE CUMPLIR AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS PARA PODER RECIBIR LAS VACUNAS SIN COSTO ALGUNO. <input type="checkbox"/> MI HIJO TIENE COBERTURA POR MEDIO DE SOONERCARE/MEDICAID # _____ <input type="checkbox"/> MI HIJO ES INDÍGENA ESTADOUNIDENSE O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> MI HIJO NO CUENTA CON SEGURO				<input type="checkbox"/> HISPANA <input type="checkbox"/> BLANCA <input type="checkbox"/> INDÍGENA ESTADOUNIDENSE <input type="checkbox"/> ASIÁTICA <input type="checkbox"/> NO-HISPANA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ISLEÑA DEL PACÍFICO	
FECHA	NOMBRE DE LA GUARDERÍA, ESCUELA O EVENTO			IDIOMA	

Por la presente doy mi consentimiento y solicito que el niño arriba mencionado reciba las vacunas marcadas a continuación, proporcionadas por Variety Care y administradas por profesionales de la salud con capacitación médica.

Doy mi consentimiento y entiendo que las vacunas marcadas a continuación se administrarán con la ayuda de la Oklahoma Caring Foundation, Inc., y el programa Caring Van. He leído o me han explicado la información contenida en la Declaración de Información sobre Vacunas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos sobre las enfermedades y vacunas marcadas abajo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas a mi satisfacción. Comprendo los beneficios y los riesgos de las vacunas marcadas abajo y solicito que estas sean administradas al niño nombrado arriba. Autorizo la divulgación de la información sobre las vacunas a la guardería, la escuela, los funcionarios de salud pública y los profesionales médicos arriba mencionados.

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar el Aviso de Privacidad del Variety Care, tal como lo requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos. Se proporcionará una copia previa solicitud.

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

Marque una de las siguientes casillas:

Las vacunas de mi hijo pueden administrarse sin mi presencia.

O

Las vacunas de mi hijo solo pueden administrarse con mi presencia.

Marque una de las siguientes casillas:

Revisen el expediente de mi hijo y administren las vacunas necesarias.

O

Seleccione a continuación las vacunas que le gustaría que su hijo recibiera.

NOMBRE DE LA VACUNA	LOTE	SITIO	NOMBRE DE LA VACUNA	LOTE	SITIO
<input type="checkbox"/> DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA			<input type="checkbox"/> SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBEOLA		
<input type="checkbox"/> POLIO			<input type="checkbox"/> VARICELA		
<input type="checkbox"/> HEPATITIS B			<input type="checkbox"/> DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA (TDAP)		
<input type="checkbox"/> HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TIPO B			<input type="checkbox"/> DIFTERIA Y TÉTANOS (TD)		
<input type="checkbox"/> ANTINEUMOCÓCICA CONJUGADA			<input type="checkbox"/> ANTIMENINGOCÓCICA		
<input type="checkbox"/> HEPATITIS A			<input type="checkbox"/> VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO		
<input type="checkbox"/> OTRA			<input type="checkbox"/> OTRA		
FIRMA DEL ENFERMERO			FECHA:		
APUNTES:					

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR	NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR	RELACIÓN CON EL NIÑO	FECHA
X			

Continúa al reverso

Name/ Nombre	Birth Date/ Fecha de nacimiento
---------------------	--

QUESTIONS FOR PERSON RECEIVING IMMUNIZATIONS			PREGUNTAS PARA LA PERSONA QUE RECIBIRÁ LAS VACUNAS		
1. Do you have fever, vomiting or diarrhea today?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		1. ¿Hoy tiene fiebre, vómitos o diarrea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. Do you have something more than a cold?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		2. ¿Está enfermo y es algo más que un resfriado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. Are you taking medicine? If yes, what?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		3. ¿Está tomando algún medicamento? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál medicamento está tomando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Do you have allergies to any medication, food or vaccine? <input type="checkbox"/> Eggs <input type="checkbox"/> Gelatin <input type="checkbox"/> Neomycin <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Steptomycin <input type="checkbox"/> Bakers Yeast <input type="checkbox"/> Thimerosal	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		4. ¿Es alérgico a algún medicamento, comida o vacuna? <input type="checkbox"/> huevos <input type="checkbox"/> gelatina <input type="checkbox"/> neomicina <input type="checkbox"/> látex <input type="checkbox"/> estreptomycin <input type="checkbox"/> levadura de panadería <input type="checkbox"/> timerosal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. Have you had a serious reaction to a vaccine in the past? If yes, what kind of reaction?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		5. ¿Ha tenido anteriormente reacciones adversas a una vacuna? Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué consistió esta reacción?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. Have you had any shots within the last three months? If yes, what shot?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		6. ¿Se le ha administrado alguna vacuna en los últimos tres meses? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál vacuna se le administró?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. Do you have or do you come in contact with anyone who has: <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Chemotherapy <input type="checkbox"/> Leukemia <input type="checkbox"/> Large doses of steroids <input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		7. ¿Tiene o ha entrado en contacto directo con alguien que tiene alguna de las siguientes enfermedades o recibe los siguientes tratamientos? <input type="checkbox"/> cáncer <input type="checkbox"/> quimioterapia <input type="checkbox"/> leucemia <input type="checkbox"/> grandes dosis de esteroides <input type="checkbox"/> vih/sida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8. Have you received blood, a blood product or immune(gamma) globulin in the last 12 months?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		8. ¿Ha recibido transfusiones de sangre, algún producto derivado de sangre o globulina inmune (gamma) en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. Have you had a seizure, brain or nerve problem?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		9. ¿Ha tenido convulsiones o algún problema neurológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10. Have you had the disease Hepatitis A?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		10. ¿Ha padecido de Hepatitis A?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. Have you had the chickenpox? If yes, at what age?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		11. ¿Ha padecido de varicela? Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué edad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. Have you had the varicella (Chickenpox) vaccination?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		12. ¿Se le administró la vacuna contra la varicela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
13. Have you ever experienced Guillain-Barre Syndrome?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		13. ¿Ha padecido del Síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
14. For Females 10 years of age and older: are you pregnant or planning a pregnancy?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		14. Mujeres mayores de 10 años: ¿Está embarazada o está planeando quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
15. Where did you hear about this clinic? (Check One) <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Newspaper <input type="checkbox"/> School Flier <input type="checkbox"/> Family or Friend <input type="checkbox"/> Other _____			15. ¿Cómo supo de esta clínica? (Marque uno) <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> radio <input type="checkbox"/> periódico <input type="checkbox"/> escuela <input type="checkbox"/> familiar o amigo <input type="checkbox"/> otro _____		

SIGNATURE OF PARENT OR LEGAL GUARDIAN / FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR X	PRINT PARENT OR GUARDIAN'S NAME / NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR	RELATIONSHIP TO CHILD / PARENTESCO CON EL MENOR	DATE / FECHA
--	---	---	---------------------