



PARA USO OFICIAL:

OSIS
 Registro de vacunación original
 Registro de vacunación escolar
 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 | | |
| <p>Elegibilidad para el programa de vacunación infantil</p> <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi hijo(a) tiene cobertura a través de Soonercare/Medicaid # _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mi hijo(a) es indígena norteamericano(a) o nativo(a) de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Mi hijo(a) no tiene seguro.</p> | | | | | | <p>Origen étnico (Marque uno)</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena norteamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico</p> | | |
| 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 | |
| <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"/> Pneumococcal 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 | | |