



POR FAVOR, ENTREGUE AL SECRETARIO DE SU HIJO REGISTRO DE INMUNIZACIÓN CON ESTE FORMULARIO.

www.HealthyOkaloosa.com

CLIENT# _____

Florida Department of Health-Okaloosa County

221 Hospital Dr. NE, Fort Walton Beach (FWB)

FWB Immunization Office Phone: (850) 833-9240

FWB Immunization Office Fax: (850) 833-3442

810 E James Lee Blvd, Crestview (CV)

CV Office Phone: (850) 689-7808

EL NOMBRE DEL NIÑO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____ TELEFONO: _____ GRADO: _____

ANOS: _____

Formulario Completado por: _____ Relacion hacia el niño: _____

Fecha: _____

(IMPRIMIR Nombre de padre o tutor)

- | | |
|--|--|
| ¿Su hijo tiene Medicaid? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ¿Su médico privado generalmente administra las vacunas de su hijo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Su hijo tiene seguro de salud? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ¿Es su hijo indio americano o native para vacunas futuras? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿El seguro paga por las vacunas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Traerás a tu hijo al Departamento de Salud de Alaska? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |

País de nacimiento del niño _____ Padres País denacimiento _____
(Fecha de entrada)

Por favor, **dígale a la enfermera** si alguno de los siguiente aplique a su hijo **hoy**.

* Para las mujeres: es su hijo **embarazada o cree que puede o cree que puede estar embarazada?** Si es así, **notifique a la enfermera ANTES de las vacunas.**

* Semanas: 1-12 13-27 28-40

* Su hijo ha tenido la **ENFERMEDAD DE POLVO DE POLLO:**

* Año de la enfermedad: _____

* Tu hijo tiene fiebre.

* Su hijo es alérgico a medicamentos, alimentos o cualquier vacuna.

* Su hijo ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado.

* Su hijo ha tenido convulsiones o cualquier otro problema cerebral.

* Su hijo tiene cáncer, leucemia, VIH / SIDA o cualquier otro problema inmune.

* Su hijo ha tomado cortisona, prednisona, esteroides, medicamentos antineoplásicos o ha recibido tratamientos con rayos X en los últimos 3 meses.

* Su hijo recibió una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o recibió un medicamento llamado inmunoglobulina (gamma) en el último año.

* Su hijo recibió alguna vacuna en 4 semanas.

Para uso exclusivo del personal

VFC: PRIVADO ASEGURADO (Ins pays por vacunas)

VFC Elegible: Medicaid/MCO

VFC Elegible: SIN SEGURO

VFC Elegible: Sin seguro

VFC Elegible: Indio americano o nativo de Alaska

Para uso exclusivo del personal

- Razón de la visita _____

- Formulario 680 (tarjeta azul)

• Espera de padres/guardians

• Se recogerá más tarde

- Registro para la tarjeta de la Seguridad Social

- Vacunas

Revised 2/12/19

