



El horario de la Clínica de Vacunas es de 7:30AM a 2:00PM. La Clínica permanecerá cerrada el segundo viernes de cada mes. Para facilitar los servicios **NO HAY CITAS DISPONIBLES** y los servicios son provistos por orden de llegada.

832 West Central Blvd. www.orchd.com Tel. 407-836-2502 Fax: 407-836-2595

SR CP IOS SS DL GC || ID
 NSR CNP BC PP SI MI || COLL

Apellido : _____
 Nombre: _____
 Segundo Nombre: _____ Raza: _____
 Fecha Nacimiento: _____ - _____ - _____
 Sexo: F / M: _____ Grado en la Escuela: _____
 Relación con el Niño: _____

Dirección Residencial: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____ Celular (_____) _____ - _____ Tel Casa: (_____) _____ - _____

SR CP IOS SS DL GC || ID
 NSR CNP BC PP SI MI || COLL

Apellido : _____
 Nombre: _____
 Segundo Nombre: _____ Raza: _____
 Fecha Nacimiento: _____ - _____ - _____
 Sexo: F / M: _____ Grado en la Escuela: _____
 Relación con el Niño: _____

Apt/Unidad # _____ Ciudad: _____

Para Uso de la Oficina: L: _____ F: _____ DOB: _____ - _____ - _____

Mayo 1, 2013: La Clínica de Vacunas está abierta durante todo el año. Niños que actualmente necesiten vacunas para la escuela pueden recibirlas ya. **Por favor NO ESPERE a recibir las vacunas para la escuela en julio o agosto donde hay una gran demanda y LINEAS MUY LARGAS.** El Programa de Vacunas promueve la vacunación como medida efectiva para la prevención de contagio de enfermedades. En adición a las vacunas requeridas por las escuelas, nosotros vacunamos POR COMPLETO a los niños contra otras enfermedades tales como el Rotavirus, Hepatitis A, Virus del Papiloma Humano (HPV) y Meningitis. Para los niños que reciben la vacuna contra el HPV se requiere que esperen por **15 minutos** después de ésta ser administrada. Su TIEMPO **ESTIMADO** PARA SERVICIO es de: _____. Por favor no entregue sus papeles completados en la ventanilla; un empleado los recogerá en la sala de espera. Por favor entregue todos los récords de vacunas de sus niños al empleado para así determinar que vacunas le serán administradas. **Es bien importante que traiga el récord de vacunas de su hijo(a) cada vez que acuda a la clínica. Al firmar aquí debajo reconozco que el programa de vacunas opera 3 CLINICAS DIFERENTES,** el período de espera de **15 mins** para la vacuna del HPV, el tiempo **ESTIMADO** de servicio, el cargo por las formas de vacunas, la lista de documentos necesarios para las vacunas por primera vez del mi hijo(a) y las reglas de la clínica en la sala de espera. Basado en la relación con el(los) niño(s) indicado(s) arriba, tengo la autoridad legal para consentir el servicio de vacunas.

NIÑOS CON SEGURO MEDICO PUEDEN OBTENER SUS VACUNAS EN LA OFICINA DE SU MEDICO PRIVADO.

Firma _____ Seguro Médico del Niño: _____ Fecha: ____/____/____

Por Favor CIRCULE S para Sí o N para No a las siguientes preguntas a cerca de cada niño

<p>Nombre del(la) Niño(a):</p> <p>¿En que AÑO o EDAD su niño tuvo la ENFERMEDAD de varicela? _____</p> <p>¿CUÁL ESCUELA ACUDE SU HIJO(A)?</p> <p>S N ¿Es su niño alérgico a medicinas, comida, látex o componente de vacuna?</p> <p>S N ¿Desea que este niño reciba la vacuna contra la gripe hoy?</p> <p>S N ¿Está su niño enfermo hoy?</p> <p>S N ¿Ha tenido su niño alguna reaccion a la vacuna contra la Tos Ferina (Pertussis)?</p> <p>S N ¿Ha sido su niño diagnosticado con intususcepción?</p> <p>S N ¿Ha tenido su niño alguna enfermedad del pulmón (asma, etc.) corazón, riñón, o metabólica (diabetes) desorden de la sangre o terapia con aspirina?</p> <p>S N En los pasados 3 meses, ¿ha recibido su niño esteroides, cortisona, prednisona, medicamento anti-cancer o radiación?</p> <p>S N ¿Tiene su niño Cáncer, Leucemia, VIH/SIDA u otra enfermedad del sistema inmunológico?</p> <p>S N ¿Se le ha removido el baso sanguíneo a su niño?</p> <p>S N ¿Su niño ha recibido diálisis?</p> <p>S N En las pasadas 4 semanas, ¿ha recibido su niño el examen o vacuna de la tuberculosis?</p> <p>S N En el pasado año ha tenido su niño una transfusión sanguínea, ha recibido productos sanguíneos, gama globulina o medicamentos antivirales?</p> <p>S N ¿Ha tenido su niño, sus hermanos o sus padres convulsiones?</p> <p>S N ¿Ha tenido su niño problemas cerebrales o del sistema nervioso?</p> <p>S N Si es niña, está embarazada o hay alguna probabilidad de que quede embarazada en los próximos 30 días?</p>	<p>Nombre del(la) Niño(a):</p> <p>¿En que AÑO o EDAD su niño tuvo la ENFERMEDAD de varicela? _____</p> <p>¿CUÁL ESCUELA ACUDE SU HIJO(A)?</p> <p>S N ¿Es su niño alérgico a medicinas, comida, látex o componente de vacuna?</p> <p>S N ¿Desea que este niño reciba la vacuna contra la gripe hoy?</p> <p>S N ¿Está su niño enfermo hoy?</p> <p>S N ¿Ha tenido su niño alguna reaccion a la vacuna contra la Tos Ferina (Pertussis)?</p> <p>S N ¿Ha sido su niño diagnosticado con intususcepción?</p> <p>S N ¿Ha tenido su niño alguna enfermedad del pulmón (asma, etc.) corazón, riñón, o metabólica (diabetes) desorden de la sangre o terapia con aspirina?</p> <p>S N En los pasados 3 meses, ¿ha recibido su niño esteroides, cortisona, prednisona, medicamento anti-cancer o radiación?</p> <p>S N ¿Tiene su niño Cáncer, Leucemia, VIH/SIDA u otra enfermedad del sistema inmunológico?</p> <p>S N ¿Se le ha removido el baso sanguíneo a su niño?</p> <p>S N ¿Su niño ha recibido diálisis?</p> <p>S N En las pasadas 4 semanas, ¿ha recibido su niño el examen o vacuna de la tuberculosis?</p> <p>S N En el pasado año ha tenido su niño una transfusión sanguínea, ha recibido productos sanguíneos, gama globulina o medicamentos antivirales?</p> <p>S N ¿Ha tenido su niño, sus hermanos o sus padres convulsiones?</p> <p>S N ¿Ha tenido su niño problemas cerebrales o del sistema nervioso?</p> <p>S N Si es niña, está embarazada o hay alguna probabilidad de que quede embarazada en los próximos 30 días?</p>
<p>ULTIMO PERÍODO MENSTRUAL: _____ / _____ / _____</p>	<p>ULTIMO PERÍODO MENSTRUAL: _____ / _____ / _____</p>
<p>Mayo 1, 2013: TODOS LOS ESTUDIANTES ENTRANTES AL 7MO GRADO EN AGOSTO 2014 NECESITAN LA VACUNA DE Tdap. Verifique con la escuela de su niño(a) si éste(a) ya la ha recibido. Si no la ha recibio, hágalo ahora para que así evite las largas filas y horas de espera durante los meses de julio 2014 y agosto 2014.</p>	
<p>IMM ID #:</p> <p align="center">Ticket #</p> <p align="center">Vaccines Administered</p>	<p>IMM ID #:</p> <p align="center">Ticket #</p> <p align="center">Vaccine Administered</p>