Children Registration Form / Forma de registración para Niños

CLEARLY PRINT ALL INFORMATION ON PERSON RECEIVING IMMUNIZATION TO AVOID DELAY
Imprima en letra molde toda la información de la persona que va a recibir vacunas para evitar algún atraso

PLEASE HAVE IMMUNIZATION RECORD AND THIS FORM AT THE TIME OF REGISTRATION
FAVOR DE TENER EL RECORD DE VACUNAS Y ESTE FORMA AL MOMENTO DE REGISTRACION

CHILD NAME / Nombre del niño(a)				
	Last /Apellido	**First / Primer Nombre**	**Middle / Inicial**	**Suffix**

DATE OF BIRTH / Fecha de nacimiento				**SOCIAL SECURITY NUMBER Numero de seguro social**	
	Month (Mes)	**Day (Día)**	**Year (Año)**		

MAILING ADDRESS Dirección		
CITY (Ciudad)	**STATE (Estado)**	**ZIP CODE (código postal)**

HOME PHONE Número de teléfono		**EMERGENCY PHONE Teléfono de emergencia**	

SEX Sexo	**MALE Masculino**		**FEMALE Femenino**		**RACE Raza**		**Ethnicity Grupo Étnico**	**Hispanic Hispano**	
								Non-Hispanic No Hispano	

PARENTS NAMES Nombre de los padres	
Food or Drug Allergies Alergias a comidas o medicamentos	

Does your child have a rash?/¿Tiene su niño(a) sarpullido? Yes/Sí ( ) No ( )
If yes, inform the nurse immediately/Si tiene sarpullido dígale a la enfermera inmediatamente.

Are you sick with anything more serious than a cold?
¿Está enfermo (a) de algo más serio que catarro común?

Have you had a fever of 101ºF within the last two (2) days? Have you taken any medication for the fever? YES/SI ( )
¿Ha tenido fiebre alta con una temperatura de 101ºF o más en los últimos dos (2) días? NO ( )
¿Ha tomado algún medicamento para la fiebre?

Are you taking Antibiotics? YES/SI ( ) NO( )
¿Está tomando Antibióticos?

Do you have asthma or recurrent active wheezing? YES/SI ( ) NO ( )
¿Tiene asma o ronquillo del pecho?

Please check one that applies (por favor indique cual aplica):

***American Indian/Alaska Native / Indios Americanos/Alaska ( )**

***No insurance / No Seguro Médico ( )**

***Have Medicaid / Tiene Medicaid ( )**

***Insurance does not cover immunizations / Seguro Médico No cubre vacunas ( )**

Is your child on WIC? ¿Estas en WIC? Yes/Si ( ) WIC ID #_____ No ( )

Please answer questions on the back
Favor a conteste las preguntas en la parte de atrás de esta pagina

QUESTIONNAIRE FOR PARENTS AND GUARDIANS

Preguntas para padres o guardianes sobre las vacunas de sus niños

PLEASE HAVE IMMUNIZATION RECORD AND THIS FORM AT THE TIME OF REGISTRATION

FAVOR DE TENER EL RECORD DE VACUNAS Y ESTE FORMA AL MOMENTO DE REGISTRACION

	YES/ SI	NO
Has the child had a serious reaction to any previous vaccines? ¿Alguna vez ha tenido el niño(a) reacciones serias de vacunas recibidas en el pasado?		
Has the child had a severe allergic reaction to eggs, baker's yeast, gelatin, Neomycin Streptomycin or merthiolate? ¿Alguna vez le ha dado alergia al niño(a) por comer huevos, gelatina, levadura o medicina como Neomicina, estreptomicina o mertiolate?		
Has the child, siblings or parents ever had convulsions or neurological problems? ¿Alguna vez ha tenido el niño(a), hermanos o padres convulsiones o problemas neurológicos?		
Is the child under treatment for Cancer, Leukemia, HIV/AIDS positive or receiving steroids? Do you have immune system problems? ¿Está el niño(a) recibiendo tratamiento para el Cáncer, Leucemia, VIH/ SIDA, o esteroides? ¿Tiene problemas del sistema inmumologico?		
Is there any history in the child of blood disorders or tumors? ¿Ha tenido el niño(a) alguna enfermedad en la sangre o tumor?		
Has the child received blood transfusions recently? ¿Ha recibido el niño(a) transfusiones de sangre recientemente?		
Has your child received Immune globulin recently? ¿El niño(a)ha recibido la inmunoglobulina recientemente?		
Has your child under 18 years of age currently receiving aspirin or aspirin containing therapy? ¿Su niño(a) menor de 18 años esta recibiendo tratamiento de aspirina o terapia que contiene aspirina?		
Has your child ever had Guillian-Barré syndrome? ¿Alguna vez ha tenido su niño(a) el sindrome de Guillian-Barré?		
For Adolescent Female receiving services (para adolescentes féminas recibiendo servicios):		
Is there any possibility of being pregnant? ¿Hay alguna posibilidad de que esté Embarazada?		
Are you breastfeeding? ¿Esta amamantado a su niño(a)?		
Last menstrual period and what is your of method of Birth control Fecha de su ultima menstruación y cuál es su método anticonceptivo		