

Children Registration Form / Forma de registraci3n para Ni1os

CLEARLY PRINT ALL INFORMATION ON PERSON RECEIVING IMMUNIZATION TO AVOID DELAY
Imprima en letra de molde toda la informaci3n de la persona que va a recibir vacunas para evitar alg3n atraso

CHILD NAME / Nombre del ni1o(a)				
	Last /Apellido	First / Primer Nombre	Middle / Inicial	Suffix
DATE OF BIRTH / Fecha de nacimiento				
	Month (Mes)	Day (Día)	Year (Año)	
		SEX Sexo	MALE Masculino	FEMALE Femenino

MAILING ADDRESS Direcci3n				
CITY (Ciudad)		STATE (Estado)	ZIP CODE (c3digo postal)	
HOME PHONE N3mero de tel3fono		EMERGENCY PHONE Tel3fono de emergencia		
SOCIAL SECURITY NUMBER Numero de seguro social (Optional /Opcional)		RACE Raza	Ethnicity Grupo 3tnico	<input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic <input type="checkbox"/> No Hispano

PARENTS NAMES Nombre de los padres				
--	--	--	--	--

PARENTS AND GUARDIANS / PADRES O GUARDIANES

Please answer questions on the front and back of this form
Favor a contestar las preguntas adelante y en la parte de atras de esta pagina

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

In your child's current medical condition, how is he or she feeling at this time?
¿En la condici3n medica actual de su ni1o(a), como el/ella se siente hoy?

Does your child have food or drug allergies? If yes, please list food and/or drug allergies:	YES/SI	NO
Su ni1o(a) tiene alergias a comida o medicamentos? Si la respuesta es Si, por favor indique que tipo de alergias:		

Does your child have health Insurance? If yes please check the one that applies below ¿Su ni1o(a) tienes seguro medico? Si tu respuesta es Si, por favor indique cual aplica	YES/SI	NO
--	---------------	-----------

Type of insurance / Tipos de seguro

Private Insurace – Seguro Privado
 Medicare / Medicaid
 American Indian/Alaskin Native
 Underinsured – Seguro Limite
 No Insurance – No Seguro
 Other – Otro _____

Does your child have a rash? ¿Tiene su niño(a) sarpullido? If yes, inform the nurse immediately / Si tiene sarpullido dígame a la enfermera inmediatamente.	YES/SI	NO
Is your child sick with anything more serious than a cold? ¿Su niño(a) esta enfermo (a) de algo más serio que catarro común?	YES/SI	NO
Did your child had a fever of 101°F within the last two (2) days? ¿ Su niño(a) ha tenido fiebre alta con una temperatura de 101°F o más en los últimos dos (2) días	YES/SI	NO
Does your child have asthma or recurrent active wheezing? ¿Su niño(a) tiene asma o ronquillo del pecho?	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?	YES/SI	NO
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, estreptomycin o mertiolate?	YES/SI	NO
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?	YES/SI	NO
Is the child under treatment for Cancer, Leukemia, HIV/AIDS positive or receiving steroids? ¿Está el niño(a) recibiendo tratamiento para el Cáncer, Leucemia, VIH/ SIDA, o esteroides?	YES/SI	NO
Does your child have immune system problems? ¿ Su niño(a) tiene problemas del sistema inmumologico?	YES/SI	NO
Is there any history in the child of blood disorders or tumors? ¿Ha tenido el niño(a) alguna enfermedad en la sangre o tumor?	YES/SI	NO
Has the child received blood transfusions recently? ¿Ha recibido el niño(a) transfusiones de sangre recientemente?	YES/SI	NO
Has your child received Immune globulin recently? ¿El niño(a)ha recibido la inmunoglobulina recientemente?	YES/SI	NO
Is your child receiving aspirin or aspirin containing therapy? ¿Su niño(a) esta recibiendo tratamiento de aspirina o terapia que contiene aspirina?	YES/SI	NO
Has your child ever had Guillian-Barré syndrome? ¿Alguna vez ha tenido su niño(a) el síndrome de Guillian-Barré?	YES/SI	NO
LIST ALL CURRENT MEDICATIONS (include dosages) ESCRIBA TODOS SUS MEDICAMENTOS (incluyendo las dosis)		
FOR FEMALES ONLY (SOLAMENTE PARA MUJERES):		
Is there any possibility of daughter being pregnant? ¿Hay alguna posibilidad que su hija este embarazada?	YES/SI	NO
Is your daughter breastfeeding? ¿Su hija esta amamantado?	YES/SI	NO
Last menstrual period for your daughter Fecha de ultima menstruación de su hija		
Your daughter's method of birth control, ex: condoms, pills, NuvaRing, Diaphragm, Intrauterine devices, etc. Cuál es su método anticonceptivo de su hija ej: condones, cápsulas, Diafragma, Dispositivos intrauterinos, etc.		