



**PROGRAMA DE REGISTRO DE IMMUNIZACIÓN DE LOS NIÑOS DE INDIANA(CHIRP)  
ADMINISTRACIÓN DE VACUNA  
ANOTACIÓN DE FIRMA O RECIBO DE PADRES/TUTOR**

He leído o he recibido explicación de la información en la "Declaración de información de vacuna" o la "Declaración de información importante" para la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) marcadas abajo. He tenido la oportunidad de preguntar sobre y entender completamente las ventajas y los riesgos de la(s) vacuna(s) marcada(s) abajo. Pido que estas vacunas sean dadas a mí o a la persona nombrada abajo.

- DT    Td    DTaP    DTaP-Hib    DTaP/HepB/IPV    Hib    IPV    MMR    HEP B    Varicella     
 HIB/Hep B    PCV-13

Apellido:		Primer nombre:		Segundo nombre:	DNI de paciente:	Número Seguro Social de paciente*:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Estado de nacimiento:	País de nacimiento:	Hoosier Hwise #:	Género: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
Raza: <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Negro Americano <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Multi-racial <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Hawaiano Nativo, Isleño de Pacífico <input type="radio"/> Indio Americano				Origen hispánico: <input type="radio"/> Hispano <input type="radio"/> No Hispano <input type="radio"/> Desconocido		
Nombre de médico:				Escuela:		
Apellido de tutor 1:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:	Número Seguro Social de tutor 1*:	
Apellido de tutor 2:		Primer Nombre:		Apellido inaugural de madre:		
Dirección postal de adulto responsable: <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Otro(especifique)_____						
Apellido:			Primer Nombre:			
Dirección:			Teléfono en casa:		Teléfono de trabajo:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Correo electrónico:			
Idioma, si no es inglés (especifique):			Otro número de teléfono (especifique)::			
<b>(Uso de clínica solamente)</b>	Chart Number:					
Funding Source:	<input type="radio"/> Medicaid		<input type="radio"/> Uninsured		<input type="radio"/> Nat. American or Alaskan	
	<input type="radio"/> Underinsured FQHC Only		<input type="radio"/> Hoosier Hwise Pkg C		<input type="radio"/> Not Eligible	
*Numeros Seguro Social se puede usar para identificar al paciente y a los parientes y son opcionales en este impreso. No hay pena por la falta de ofrecer los Numeros Seguro Social.						

Firma de la persona que recibe la vacuna o de la persona autorizada para consentir en la(s) inmunización(es)

\_\_\_\_\_

*Firma de padre/tutor*

\_\_\_\_\_

*Nombre en letra impresa de padre/tutor*

\_\_\_\_\_

*Fecha*