CONSENT FOR VACCINATION (PERMISO PARA VACUNAR)

CLINIC USE ONLY

❑Td ❑Tdap ❑DTaP ❑DtaP/IPV ❑HepB ❑DTaP/IPV/HIB

❑Hib ❑IPV ❑Proquad ❑MMR ❑Varicella ❑HepA ❑Influenza

❑Rotavirus ❑PCV ❑MCV4 ❑HPV ❑Dt ❑DTaP/IPV/HepB

Must Complete ALL Questions in Box (Debe completar todas las preguntas en la caja.)

Child's Name: _____/_____/_____
(Nombre de Niño) Last (Apellido) First (Primer) Middle (Media)

Child's Date Of Birth: _____/_____/_____ **Age:** _____ **Gender** *(circle)*: **Male / Female**
(Fecha de Nacimiento) Month (Mes) Day (Dia) Year (Año) (Edad) (Genéro) *(círcula)* (Masculino / Femenina)

Child's Hoosier Hwise #: _____
(Numero de Hoosier Healthwise)

Child's Race *(circle)*: **White / African American / Asian / Natl. Hawaiian, Pac Isl. / American Indian**
(Raza) *(círcula)* (Blanco) (Negro Americano) (Asiaico) (Hawaiiano Nativo, Isleno de Pacifico) (Indio Americano)

Multi-racial / Other *(list)*: _____
(Multi-racial) (Otra)

Child's Hispanic Origin *(circle)*: **Hispanic / Non-Hispanic / Unknown**
(Origen Hispano) *(círcula)* (Origen Hispano) (Hispano, No) (Hispano, No Se)

Child's School Currently Attending: _____
(Esuela de niño/a)

Language spoken, if other than English (*specify*): _____
(Idioma aparte de Ingles) *(especificar)*

Child's Physician's Name: _____
(Nombre de Medico)

Parent/Guardian #1 Name: _____/_____/_____
(Nombre de padre / guardian #1) Last (Apellido) First (Primer) Middle (Media)

Parent/Guardian #2 Name: _____/_____/_____
(Nombre de padre / guardian #2) Last (Apellido) First (Primer) Middle (Media)

Maiden Name of Child's Mother: _____
(Apellido de soltera de la madre del niño/a)

RESPONSIBLE PARTY (Persona responsable) *(circle)*: **Mother / Father / Other** (*Specify*) _____
(círcula) (Madre) (Padre) (Otra) *(especificar)*

Name: _____/_____
(Nombre) Last (Apellido) First (Primer)

Complete Mailing Address of Responsible Party: (Direccion postal de adulto responsable:)

_____
Street # and Name (Numero de Calle y nombre) City (Ciudad) State (Estado) Zip Code (Numero Postal)

Home Phone: _____ **Work Phone:** _____ **Cell Phone:** _____
(Telefono de Casa) (Telefono de Trabajo) (Telefono Cellular)

E-mail Address: _____
(Direcciéon Electronica)

CLINIC USE ONLY

FUNDING SOURCE: ❑Medicaid ❑Uninsured ❑Nat. American or Alaskan

❑Underinsured FQHC Only ❑Hoosier HWise Pkg C ❑ Clinic Site: _____