



CARE Mobile Immunization Packet

The CoxHealth CARE Mobile is partnering with your child's school providing vaccinations required by the State of Missouri, all with the convenience of them being at school. It is not required for you to attend, however you may if you please. Please fill out the paperwork provided in this packet and send back with your student to school and have them turn back into the nurse. I look forward to meeting your student!

- Kelsi, LPN
CMN Care Coordinator



**Springfield
Public
Schools**
Your Future. Our Focus.

CoxHealth
Regional Services
C.A.R.E. MOBILE IMMUNIZATION CONSENT FORM

Name: _____
Age: _____ DOB: ____/____/____
AMB:0000 _____
(For Internal Use or Patient Sticker Here)

Child's Legal Name: _____ Birth Date: ____/____/____ Sex: Male Female School: Jarrett STEAM Academy
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

FINANCIAL OBLIGATION*

* The mission of the C.A.R.E. Mobile program is to provide access to health care for children in the Ozarks who have no insurance, do not have a primary care physician or whose parents cannot afford to pay for necessary services. However, no child will be turned away.

NO INSURANCE (SELF PAY): _____

PRIMARY INS: _____ POLICY HOLDER NAME: _____

Policy Holder's Employer: _____

Group #: _____ Policy/ID #: _____ Policy Holder DOB: ____/____/____

PARENT OR GUARDIAN and EMERGENCY CONTACT INFORMATION

RELATIONSHIP: Father Mother Guardian

Name: (First, MI, Last) _____ Date of Birth: ____/____/____ Phone Number: _____

VACCINE INFORMATION

Please initial the vaccinations that you would like your child to receive and that are **required by the State of Missouri**:

Incoming Kindergarten Vaccinations:

Kinrix (DTAP/Polio): _____ Proquad (MMR/Varicella): _____

Incoming 8th grade Vaccinations:

Meningococcal Conjugate (MCV4): _____ TDAP: _____

Incoming 12th Grade Vaccinations:

Meningococcal Conjugate (MCV4): _____

Others: Prevnar 13: _____ HIB: _____ Hepatitis B: _____ DTAP: _____ Polio: _____ MMR: _____ Varicella: _____

The Mobile Unit offers the following immunizations that are **not required** for school participation, but **recommended** by the CDC.

Please initial the recommended vaccinations you would like your child to receive, if none apply please do not initial:

_____ HPV _____ Flu _____ Hepatitis A

Vaccine Information Sheets (VIS) are available through the CDC website at <http://www.cdc.gov/vaccines/hep/vis/index.html>.

SCREENING CHECKLIST FOR CONTRAINDICATIONS TO VACCINES

For parents/guardians - (Only complete this section if your child is being vaccinated by the C.A.R.E. Mobile):

The following questions will help us determine which vaccines your child may be given. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean your child should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

- | | | | |
|---|-----|----|---------|
| 1. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex? | YES | NO | UNKNOWN |
| 2. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? | YES | NO | UNKNOWN |
| 3. Has the child had a health problem with lung, heart, kidney or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, or a blood disorder? | YES | NO | UNKNOWN |
| 4. Is he/she on long-term aspirin therapy? | YES | NO | UNKNOWN |
| 5. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problems? | YES | NO | UNKNOWN |
| 6. Does the child or a family member have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problems? | YES | NO | UNKNOWN |
| 7. In the past 3 months, has the child taken medications that affect the immune system? such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments? | YES | NO | UNKNOWN |
| 8. In the past year, has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug? | YES | NO | UNKNOWN |
| 9. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month? | YES | NO | UNKNOWN |
| 10. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks? | YES | NO | UNKNOWN |

Please send your child's immunization record card with them on the day of their visit to the C.A.R.E. Mobile.

If you would like your child to receive immunizations on the Medical Mobile Unit, please complete this form. All vaccines are provided with no out-of-pocket expense for your child/family. If you do have insurance, CoxHealth will send a bill to your insurance company. You are not responsible for any charges not covered by your insurance company.

Parent Signature: _____ Date: _____

[Bar Code]

CONSNT

CoxHealth
Regional Services
REGISTRO DE C.A.R.E. MOBILE

Nombre: _____

Edad: _____ FN: / /

N.º de SS o ID: _____

(o etiqueta de paciente aquí)

Nombre legal del menor: _____ N.º de SS: _____ Fecha de nacimiento: / /

Sexo: Hombre Mujer Dirección: _____ Población: _____ Estado: _____ CP: _____

Escuela: Jarrett STEAM Academy Lengua principal: Inglés Español Otra: _____**OBLIGACIÓN FINANCIERA***

* El objetivo del programa móvil de C.A.R.E. es permitir que los/as menores sin seguro, que no tengan un médico de atención primaria o cuyos padres no puedan permitirse pagar por servicios necesarios puedan recibir atención médica en Los Ozarks. No se negará la atención a ningún menor.

¿ESTE/A ESTUDIANTE REÚNE LOS REQUISITOS PARA COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO? **Sí No SIN SEGURO (PAGO POR CUENTA PROPIA)****SEGURO PRINCIPAL:**

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____

Empleador del titular de la póliza: _____ N.º de la SS del titular de la póliza: _____

N.º de grupo: _____ N.º de póliza o ID: _____ FN del titular de la póliza: / /

Relación del paciente con el titular de la póliza: ☐ Hijo/a ☐ Otra (indique) _____**SEGURO SECUNDARIO:** _____ NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____

Empleador del titular de la póliza: _____ N.º de la SS del titular de la póliza: _____

N.º de grupo: _____ N.º de póliza o ID: _____ FN del titular de la póliza: / /

Relación del paciente con el titular de la póliza: ☐ Hijo/a ☐ Otra (indique) _____**DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA y DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR**

Contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

RELACIÓN: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor

Nombre: (completo) _____ N.º de SS: _____ Fecha de nacimiento: / /

Dirección: _____ Población / Estado / CP: _____ Teléfono de casa: _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Método preferido de contacto: ☐ E-mail ☐ Teléfono de casa ☐ Carta ☐ Teléfono celular ☐ Teléfono del trabajoRELACIÓN: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor

Nombre: (completo) _____ N.º de SS: _____ Fecha de nacimiento: / /

Dirección: _____ Población / Estado / CP: _____ Teléfono de casa: _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Método preferido de contacto: ☐ E-mail ☐ Teléfono de casa ☐ Carta ☐ Teléfono celular ☐ Teléfono del trabajo**ANTECEDENTES FAMILIARES**Etnia: ☐ Hispana o latina ☐ Nativa de EE. UU. o de Alaska ☐ Asiática ☐ Negra o afroamericana ☐ Blanca ☐ Nativa de Hawaii o de otras islas del Pacífico

La familia biológica del/de la paciente tiene antecedentes de:

<input type="checkbox"/> Accidentes cerebrovasculares (ACV)	<input type="checkbox"/> Cardiopatías o infartos de miocardio	<input type="checkbox"/> Diabetes o problemas de azúcar	<input type="checkbox"/> Tensión arterial alta
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Diabetes o problemas de azúcar	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Sordera de joven
<input type="checkbox"/> Ceguera de joven	<input type="checkbox"/> Demencia o enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Retardo o retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Aborto espontáneo o muerte fetal
<input type="checkbox"/> Cáncer de pecho	<input type="checkbox"/> Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/> Cáncer de endometrio (uterino)	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon
<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> Trastornos genéticos		

☐ Otro(s) cáncer(es): _____☐ Trastornos genéticos: _____☐ Salud mental: _____☐ Otros problemas médicos: _____

Identifique cada uno de los familiares que tenga alguno de los trastornos indicados anteriormente:

Relación	Trastorno	Edad de inicio	Edad actual	Edad y causa de muerte
Ejemplo: Abuela paterna	Tensión arterial alta	61		87, ACV

[Bar Code]

CONSNT

CoxHealth
Regional Services
REGISTRO DE C.A.R.E. MOBILE

Nombre: _____

Edad: _____ FN: / /

N.º de SS o ID: _____

(o etiqueta de paciente aquí)

CONTINUACIÓN**CUESTIONARIO PARA COMPROBAR SI LAS VACUNAS ESTÁN CONTRAINDICADAS**

Para padres, madres o tutores. *Solo rellenen esta sección si C.A.R.E. Mobile va a vacunar a su hijo/a:*

Las preguntas siguientes nos ayudarán a determinar qué vacunas podremos administrar a su hijo/a. Si responde «sí» a alguna pregunta, esto no implica necesariamente que no se debería vacunar a su hijo/a. Simplemente quiere decir que deberán hacerse más preguntas. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su médico una aclaración.

- | | | | |
|--|----|----|-------|
| 1. ¿El/La menor está enfermo/a hoy? | Sí | No | No sé |
| 2. ¿El/La menor tiene alergias a medicinas, alimentos, ingredientes de vacunas o látex? | Sí | No | No sé |
| 3. ¿El/La menor ha tenido alguna reacción grave a la vacuna en el pasado? | Sí | No | No sé |
| 4. ¿El/La menor tiene algún problema médico con los pulmones, el corazón, los riñones o alguna metabolopatía (p. ej., diabetes), asma o algún trastorno sanguíneo? | Sí | No | No sé |
| El/La menor está recibiendo un tratamiento con aspirina a largo plazo? | Sí | No | No sé |
| 5. ¿El/La menor, un(a) hermano/a o el/la padre/madre ha tenido epilepsia? ¿El/La menor ha tenido algún problema cerebral o del sistema nervioso? | Sí | No | No sé |
| 6. ¿El/La menor o algún familiar tiene cáncer, leucemia, VIH o SIDA o algún otro problema del sistema inmunitario? | Sí | No | No sé |
| 7. En los últimos 3 meses, ¿el/la menor ha tomado medicamentos que han afectado al sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o fármacos anticancerígenos? ¿Ha tomado algún fármaco para tratar artritis reumatoide, enfermedad Crohn o psoriasis? ¿Se ha sometido a radioterapia? | Sí | No | No sé |
| 8. Este último año, ¿el/la menor ha recibido alguna transfusión de sangre o de productos sanguíneos o se le ha administrado anticuerpos (gammaglobulina) o fármacos antivíricos? | Sí | No | No sé |
| 9. ¿La menor o adolescente está embarazada existe la posibilidad de que se quede embarazada durante el próximo mes? | Sí | No | No sé |
| 10. ¿El/La menor ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas? | Sí | No | No sé |

Recuerde que su hijo/a debe traer la cartilla de vacunación el día de la visita a C.A.R.E. Mobile.

Es importante tener un registro personal de las vacunas de su hijo/a. Si no tiene uno, pídale al médico de su hijo/a que le dé uno que incluya todas las vacunas que haya recibido. Guárdelo en un lugar seguro y tráigalo cada vez que su hijo/a necesite atención médica. Su hijo/a necesitará este documento para entrar en la guardería o en la escuela, para trabajar o para viajar al extranjero.

Firma del padre o de la madre _____

Fecha _____

REGISTRO DE VACUNACIÓN (SOLO PARA USO DE C.A.R.E. MOBILE)Vaccines for Children (VFC) Program Situación de elegibilidad: ☐ Medicaid☐ Sin seguro médico☐ Nativo/a de EE. UU. o de Alaska☐ Infraasegurado/a (FQHC/RHC) Difteria, Tétanos☐ NO elegible para VFC

Vacuna	Vía	Fecha de administración	Sitio de la inyección	Fabricante	N.º de lote	Fecha de caducidad	Código nacional del fármaco	Fecha de revisión	Fecha en que se entregó
Ej.: HIB	Intramuscular	01/01/18	Brazo	Sanofi Pasteur	AA123AA	01/01/18	49281-547-58	01/01/18	01/01/18

Comentarios: _____