



SU CONFIDENCIALIDAD ESTA PROTEGIDA POR UNO O MAS ESTATUTOS FEDERALES O ESTATALES

Charlie Crist  
Governador

Dra. Ana Viamonte Ros M.D., MPH  
Secretario , Departamento de Salud

**Hijo/Hija #1**

Apellido: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Femenino o Masculino: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Grado Escolar: \_\_\_\_\_

**Hijo/Hija #2**

Apellido: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Femenino o Masculino: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Grado Escolar: \_\_\_\_\_

**Hijo/Hija #3**

Apellido: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Femenino o Masculino: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Grado Escolar: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

PADRE/ENCARGADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DE PADRES/ENCARGADO: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ # SS PADRES/ENCARGADO \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

NUMEROS DE TELEFONO CASA: \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

**\*\*MUJERES EMBARAZADAS O QUE PIENSAN QUEDAR EMBARAZADAS EN LOS PROXIMOS 3 MESES NO DEBEN DE RECIBIR VACUNAS CONTRA EL SARAMPION, PAPERA, O RUBEOLA (SARAMPION ALEMAN). FAVOR DE NOTIFICARSELO A LA ENFERMERA.**

832 W. Central Blvd.  
Orlando, FL 32805



(407) 836-2502 • Fax (407) 836-2595  
www.orchd.com

*"Promover, Proteger y Mejorar la Salud de Todas Las Personas en el Condado de Orange, FL"*



SU CONFIDENCIALIDAD ESTA PROTEGIDA POR UNO O MAS ESTATUTOS FEDERALES O ESTATALES

Charlie Crist
Governador

Dra. Ana Viamonte Ros M.D., MPH
Secretario , Departamento de Salud

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SON SOBRE LOS NIÑOS QUE ESTAN ESCRITO EN LA PRIMERA PAGINA DE ESTE FORMULARIO DE REGISTRACION

- 1. Algunos de los niños estan enfermo hoy?
2. Algunos de los niños han tenido una reaccion a la vacuna de Toz Ferina o otra vacuna?
3. Si la niña es hembra, cual es la fecha de su ultima menstruacion?
4. Algunos de los niños son alergico a la levadura or gelatina?
5. Alugunos de los niños estan tomando esteróides, cortisona, o prednisona?
6. Algunos de los niños tienen Cancer, Leucemia, Sida o es VIH positivo?
7. A que edad cada niño contrato la Varicela?
8. Algunos de los niños ha recibido una transfusión de sangre en los ultimos 3 meses?
9. Algunos de los niños esta tomando medicina para la Tuberculosis?
10. Algunos de los niños sufre de asimientos, ataques epelepticos, o convulsiones?
11. Algunos de los niños ha recibido una vacuna de Gamma Globulina, o otra inyeccion en los ultimos 3 meses?
12. Algunos de los niños son alergicos al atibiotico Neomicin?

Form with columns for Niño #1, Niño #2, Niño #3 for each question.

Firma del Padre o Encargado

832 W. Central Blvd.
Orlando, FL 32805



(407) 836-2502 • Fax (407) 836-2595
www.orchd.com

Promover, Proteger y Mejorar la Salud de Todas Las Personas en el Condado de Orange, FL