

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Por favor complete y firme este formulario para que podamos transmitir su información al Registro de Vacunación de Colorado, al firmar este formulario, usted nos está autorizando transmitir la información de vacunas de usted o su niño/a, al Registro de Vacunación de Colorado. Usted sólo tendrá que proporcionar esta información una vez por paciente.

Primer nombre de la mamá, medio nombre y apellido.	
El nombre de soltera de mamá.	
Primer nombre del papá, medio nombre y apellido.	
Tiene seguro médico? Tiene seguro de Medicaid?	Si                  No Si                  No
Nombre del hospital en que nació, dirección y apartado postal.	
Ciudad del Hospital/Centro de parto.	
Nació el paciente en un parto múltiple?	
Orden de nacimiento ( si fue parto múltiple)	

Información proporcionada por \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

