



1798

**Does your child need healthcare, vaccines?**

If your answer is yes, Miami Children's Hospital "Health on Wheels" can help. The van will be visiting sites throughout the community. Services provided include immunizations, physical exams, screenings, and developmental evaluations. Please complete this form with signature to indicate that you provide consent for treatment prior to your child's treatment. We encourage parents to attend their child's health care visit. If you should have questions or concerns, please call our office at 305-663-6854

Child's Name: \_\_\_\_\_ Sex:  Male  Female Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Parent Name: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Alternate Contact: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Does your child have health insurance/medicaid?  NO  YES Provide Company Name: \_\_\_\_\_

Does your child have any allergies  NO  YES List allergies: \_\_\_\_\_

Do you have special religious/cultural considerations for healthcare?  NO  YES

Describe: \_\_\_\_\_

**If you would like your child to receive immunizations, please read and sign this section**

You must provide a copy of your child's current vaccine record. With your signature below, we will make use of a school record if a home record is not provided. **Vaccines will be given to your child only as required by standard immunization schedules.**

You should be aware of the benefit/risk information of each vaccination. Review the vaccine information sheets available at the school office or call our office if you have any questions or concerns.

**I have read or have had explained to me the information in the vaccine information sheet(s) about the disease(s) and the vaccine(s) to prevent them. I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand the risks, benefits, alternatives and risk of alternatives of the vaccine(s) being provided and ask that the needed immunization(s) be given to my child.**

By signing below, I permit the "Health on Wheels" staff to administer all required immunizations.

X \_\_\_\_\_  
Parent/Legal Guardian Signature

**If you would like your child to receive healthcare, fill out and sign this section.**

Please check the services your child needs:  
 **Physical Examination:** includes height/weight; hearing, vision, and development screenings; health and safety education and the following tests as indicated: tuberculosis screen, urine, blood tests.

**Sick Care (as needed)**  
Please answer the following medical history questions regarding your child:

- 1 Currently taking medications  No  Yes
- 2 Hospitalized overnight  No  Yes
- 3 Had surgery  No  Yes
- 4 Has asthma/other respiratory problems  No  Yes
- 5 Has heart problems  No  Yes
- 6 Has had seizures  No  Yes
- 7 Has a bleeding disorder  No  Yes

Please explain "yes" answers or provide any other medical history:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

By signing below, I permit the "Health on Wheels" staff to do diagnostic testing, examinations, and/or treatment as indicated above.

X \_\_\_\_\_  
Parent/Legal Guardian Signature



1798

**¿Su hijo(a) necesita cuidado médico, vacunas?**

Si su respuesta es si, la clínica móvil "Health on Wheels" del Miami Children's Hospital puede ayudarlo. La clínica móvil estará visitando sitios en la comunidad. Los servicios que se proveen incluyen: vacunas, exámenes físicos, evaluaciones de desarrollo, y breves exámenes de vista y audición. Por favor, tiene la información y firma la autorización. Si desea, usted puede acompañar a su hijo(a) a la cita. Para información, llame al: **(305)663-6854**.

Nombre/Apellido del niño: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre de Padre o Madre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene seguro médico o Medicaid?:  no  si Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) alguna alergia?  no  si Escriba las alergias: \_\_\_\_\_

¿Alguna consideración religiosa/cultural para el cuidado de la salud? Describa: \_\_\_\_\_

**Si usted desea que su hijo reciba las vacunas necesarias para asistir a la escuela, por favor lea y firme esta sección.**

Tiene que proveer una copia del registro de vacuna. Si no provee una copia del registro, con su firma usaremos el registro de la escuela. **Solamente daremos las vacunas que su hijo(a) necesita.**

Usted debe estar informado de los beneficios y riesgos de cada vacuna. Revise la información sobre cada vacuna que está disponible en la oficina de la escuela a llame a nuestra oficina si tiene preguntas.

**He leído o se me ha explicado la información contenida en los folletos sobre las enfermedades y las vacunas que las previenen. He tenido la oportunidad de hacer preguntas las cuales han sido contestadas satisfactoriamente. Yo entiendo los beneficios y riesgos asociados con las vacunas y solicito que las indicadas sean administradas a mi hijo(a).**

**Firmando debajo, autorizo al personal de "Health on Wheels" a administrar las vacunas necesarias.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Madre/Guardián Legal

**Si usted desea que su hijo reciva servicios médicos, por favor lea y firme esta sección.**

Por favor indique el servicio que su hijo(a) necesita:  
 Examen físicos: Incluye evaluación de altura, peso, vista, audición y desarrollo: educación de salud y prevención de accidentes. Cuando sea indicado: prueba de tuberculosis: examen de orina y sangre.  
 Tratamiento de enfermedad (cuando sea indicado)  
Por favor, responde a las preguntas sobre la historia médica de su hijo(a):

- 1. Está tomando medicinas  no  si
- 2. Ha sido hospitalizado(a) pasando la noche en el hospital  no  si
- 3. Ha tenido cirugías  no  si
- 4. Tiene asma u otro problema respiratoria  no  si
- 5. Tiene problemas de corazón  no  si
- 6. Ha tenido convulsiones  no  si
- 7. Tiene problemas de coagulación/ sangramiento:  no  si

Explique aquí las respuestas afirmativas u otra historia: \_\_\_\_\_

**Firmando debajo, autorizo al personal de "Health on Wheels" a hacer pruebas, exámenes y tratamientos necesarios.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Madre/Guardián Legal