

TOME...

The Shotzy Challenge

¡VACUNE ANTES DE LOS DOS AÑOS!



Información del padre o del guardián:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Código Postal: _____
Numero de teléfono: (_____) _____
Email: _____

Niño(s) menores de 2 años:	Niño(s) de 2—5 años:
Nombre: _____	Nombre: _____
Edad: _____	Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Nombre: _____
Edad: _____	Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Nombre: _____
Edad: _____	Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: _____

Por favor circule solamente una respuesta:

1. ¿Está usted en necesidad de cuidado prenatal? Sí No
2. Está interesado en información acerca de:
Sistema de registro de vacunas Vacunas
Servicios médicos gratis Cuidado prenatal gratis
3. ¿Su seguro médico paga las vacunas?
Sí No No tengo seguro médico
4. No es importante que mi niño/a obtenga sus vacunas hasta que sea hora para inscribirse a la escuela.
Cierto Falso
5. Su niño/a no puede obtener las vacuna cuando el/ella tiene resfriado. Cierto Falso
6. En los Estados Unidos, los niños ya no consiguen vacunas para enfermedades preventivas, tales como Pertussis (tos ferina). Cierto Falso