



Get a Free Toddler Car Seat for Getting All Needed Shots By Your Child's First (1) Birthday

Immunizations are also called shots. Children should get shots as soon as they are born. Shots help protect against disease. Talk with your doctor about what shots your child will need. Your child's doctor can fill out and sign this coupon. Get one (1) car seat for all shots your child gets by age one (1).

Children will need the following shots by age one (1):

Complete All	<ul style="list-style-type: none">• One (1) MMR (Measles, Mumps and Rubella)	<ul style="list-style-type: none">• Three (3) HiB (H influenza type B)
	<ul style="list-style-type: none">• One (1) Hep A (Hepatitis A)	<ul style="list-style-type: none">• One (1) VZV (Chicken pox)
	<ul style="list-style-type: none">• At least two (2) Hep B (Hepatitis B)	<ul style="list-style-type: none">• At least two (2) IPV (Polio)
	<ul style="list-style-type: none">• At least three (3) DTaP (Diphtheria, Tetanus and Acellular Pertussis)	<ul style="list-style-type: none">• Either two (2) Rotarix vaccine or three (3) Rotateq vaccine
	<ul style="list-style-type: none">• At least three (3) PCV (Pneumococcal Conjugate Vaccine)	<ul style="list-style-type: none">• Two (2) Influenza (Flu) shots at six (6) months old for first time flu vaccination; yearly flu shots thereafter

Member's Name	Date of Birth	Physical Address (no P.O. Boxes)			Telephone Number
	___/___/___	Street			
		City	State	Zip Code	

Doctor's Signature	Doctor's Information			
	Doctor's Name			
	Clinic Name			
	Clinic/Office Street Address			
	City	State	Zip Code	
	Office Telephone Number			

<p style="text-align: center;">Molina Healthcare of New Mexico, Inc. P.O. Box 3887 Albuquerque, NM 87190-9859 Attention: Rewards for Healthy Choices Fax (505) 798-7315</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ You must complete and sign car seat waiver with this completed form; ▪ You must be a Molina Healthcare of New Mexico Member at the time service was provided; and ▪ Shots should be completed by child's first (1) birthday in 2011.
--	---

Please allow 2- 4 weeks for delivery of car seat.



Reciba usted un asiento de seguridad para los niños pequeños en los carros con tal que su hijo(a) reciba todas las vacunas que necesite antes de su primer (1) cumpleaños

Las inmunizaciones también se llaman vacunas. Los niños deben recibir vacunas en cuanto nazcan. Las vacunas ayudan a protegerles contra las enfermedades. Pregúntele a su médico acerca de las vacunas que necesite su hijo(a). El médico de su hijo(a) puede llenar y firmar este cupón. Reciba usted un (1) asiento de seguridad para los niños pequeños en los carros por todas las vacunas que reciba hijo(a) antes de su primer (1) cumpleaños.

Los niños deben recibir las vacunas que se indican a continuación antes de cumplir un (1) año edad:

Cumpla con todo	<ul style="list-style-type: none"> Una (1) vacuna <i>MMR</i> (sarampión, paperas y rubéola) 	<ul style="list-style-type: none"> Tres (3) vacunas <i>HiB</i> (<i>H influenza</i> tipo B)
	<ul style="list-style-type: none"> Una (1) vacuna <i>Hep A</i> (hepatitis tipo A) 	<ul style="list-style-type: none"> Una (1) vacuna <i>VZV</i> (varicela)
	<ul style="list-style-type: none"> Por lo menos dos (2) vacunas <i>Hep B</i> (hepatitis tipo B) 	<ul style="list-style-type: none"> Por lo menos dos (2) vacunas <i>IPV</i> (polio)
	<ul style="list-style-type: none"> Por lo menos tres (3) vacunas <i>DTaP</i> (difteria, tétano y tos ferina acelular) 	<ul style="list-style-type: none"> Ya sean dos (2) vacunas <i>Rotarix</i> o tres (3) vacunas <i>Rotateq</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Por lo menos tres (3) vacunas <i>PCV</i> (vacuna neumocócica conjugada) 	<ul style="list-style-type: none"> Dos (2) vacunas contra la influenza (gripe), la primera a los seis (6) meses de edad; y luego vacunas contra la gripe cada año.

Nombre del miembro del plan	Fecha de nacimiento	Dirección de su domicilio (no del apartado postal)			Número de teléfono
	___/___/___	Calle			
		Ciudad	Estado	Código postal	

Firma del médico	Datos del médico			
	Nombre del médico			
	Nombre de la clínica médica			
	Dirección (calle) de la clínica médica o del consultorio médico			
	Ciudad	Estado	Código postal	
	Número de teléfono del consultorio			

<p>Molina Healthcare of New Mexico, Inc. P.O. Box 3887 Albuquerque, NM 87190-9859 Attention: Rewards for Healthy Choices Fax (505) 798-7315</p>	<ul style="list-style-type: none"> Usted debe llenar y firmar el formulario del asiento de seguridad para los niños en los carros y entregarlo junto con este formulario; Usted debe ser miembro de <i>Molina Healthcare New Mexico</i> en el momento en que se le preste el servicio médico; y Se deben recibir todas las vacunas antes del primer (1) cumpleaños del(de la) niño(a) en 2011.
--	---

Recibirá su tarjeta de regalo en dos a cuatro semanas.



Car Seat Waiver (Convertible)

I understand the benefits and risks of using a car seat and have read the car seat educational materials given to me by Molina Healthcare. I request that the car seat be given to me.

I hereby agree that this car seat is being provided to me at no cost and that Molina Healthcare assumes no responsibility for any injuries or other consequences in any way related to the use of the car seat.

I have read the car seat educational materials which explain how to safely and correctly use the car seat I am receiving. I will carefully read the instructions provided with the seat as well as the instructions provided by my vehicle manufacturer relating to the use of car seats. I understand that the seat must be used in accordance with these instructions to ensure the safest ride possible, and that no car seat can guarantee complete protection in every circumstance.

I agree to consult with my child's doctor before using this car seat to transport my child to be sure it is safe and appropriate. I understand that it is a legal requirement to use a child car seat correctly on every ride and I will endeavor to comply with the state law at all times.

Name (please print): _____

Signature: _____ Date: _____

Telephone Number (s): _____

UPS Delivery Address**: _____

**** UPS does not deliver to P.O. Boxes**

City, State, Zip Code: _____



Planilla para Dispensar la Responsabilidad con Respecto a los Asientos de Seguridad en el Programa por su Cuenta (asiento convertible de carro)

Comprendo los beneficios y los riesgos que existen al utilizar los asientos de seguridad para los niños/as y he leído los materiales educativos sobre los mismos que me proporcionó Molina Healthcare. Pido que me den el asiento de seguridad en los carros para los niños.

Por la presente estoy de acuerdo en que el asiento de seguridad se me proporciona un ningún coste y que Molina Healthcare no asume ninguna responsabilidad por cualquier lesión u otras consecuencias relacionadas de cualquier manera al uso de dicho asiento.

He leído los materiales educativos que explican cómo utilizar el asiento de seguridad que voy a recibir. Leeré cuidadosamente tanto las instrucciones que se proporcionan con el asiento como las instrucciones que proporcionó el fabricante de mi vehículo referentes a los asientos de seguridad en los carros para los niños. Comprendo que el asiento se debe utilizar según estas instrucciones para asegurar el viaje más seguro posible, y que ningún asiento de seguridad puede garantizar la protección completa en todas las circunstancias.

Estoy de acuerdo en consultar con el médico de mi niño antes de utilizar dicho asiento de seguridad para transportar a mi niño para asegurarme de su seguridad y de que es apropiado para mi niño. Comprendo que utilizar un asiento de seguridad apropiadamente es un requerimiento legal cada vez que salgo con mi niño en el carro y me empeñaré en cumplir con las leyes estatales en todo momento.

Nombre (en letra de molde, por favor): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Numero de teléfono (s): _____

Dirección de su domicilio** : _____

**** La compañía UPS no entrega los paquetes a los apartados postales.**

Cuidad, Estado y Código Postal: _____