

## Get a Free Toddler Car Seat for Getting All Needed Shots By Your Child's First 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):

<input type="checkbox"/> One (1) MMR (Measles, Mumps and Rubella)	<input type="checkbox"/> Three (3) HiB (H influenza type B)
<input type="checkbox"/> One (1) Hep A (Hepatitis A)	<input type="checkbox"/> One (1) VZV (Chicken pox)
<input type="checkbox"/> At least two (2) Hep B (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> At least two (2) IPV (Polio)
<input type="checkbox"/> At least three (3) DTaP (Diphtheria, Tetanus and Acellular Pertussis)	<input type="checkbox"/> Either two (2) Rotarix vaccine <b>or</b> three (3) Rotateq vaccine
<input type="checkbox"/> At least three (3) PCV (Pneumococcal Conjugate Vaccine)	<input type="checkbox"/> Two (2) Influenza (Flu) shots at six (6) months old for first time flu vaccination; yearly flu shots thereafter

### Please attach a copy of the updated shot record with this completed form.

\*All shots should be recorded by your health care clinic in NMSIIS (immunization registry).

Member's Name	Date of Birth	Mailing Address			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				
<b>Molina Healthcare of New Mexico, Inc.</b> P.O. Box 3887 Albuquerque, NM 87190-9859 Attention: Rewards for Healthy Choices Fax (505) 798-7315		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ You must be a Molina Healthcare Member at the time service was provided; and</li> <li>▪ Shots should be completed by child's first birthday in 2010.</li> </ul>			

**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 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 año edad (1):**

<input type="checkbox"/> Una (1) vacuna <i>MMR</i> (Sarampión, paperas y rubéola)	<input type="checkbox"/> Tres (3) vacunas <i>HiB</i> ( <i>H influenza</i> tipo B)
<input type="checkbox"/> Una (1) vacuna <i>Hep A</i> (Hepatitis tipo A)	<input type="checkbox"/> Una (1) vacuna <i>VZV</i> (Varicela)
<input type="checkbox"/> Por lo menos dos (2) vacunas <i>Hep B</i> (Hepatitis tipo B)	<input type="checkbox"/> Por lo menos dos (2) vacunas <i>IPV</i> (Polio)
<input type="checkbox"/> Por lo menos tres (3) vacunas <i>DTaP</i> (Difteria, tétano y tos ferina acelular)	<input type="checkbox"/> Ya sean dos (2) vacunas <i>Rotarix</i> o tres (3) vacunas <i>Rotateq</i>
<input type="checkbox"/> Por lo menos tres (3) vacunas <i>PCV</i> (vacuna neumocócica conjugada)	<input type="checkbox"/> Dos (2) vacunas contra la influenza (gripe), la primera a los seis (6) meses de edad; y luego vacunas contra la gripe cada año.

**Sírvase adjuntar una copia al día del expediente de vacunas a este formulario una vez que lo haya llenado.**

\*El personal de su clínica médica deberá ingresar todas las vacunas en el *NMSIIS* (registro de vacunas).

Nombre del miembro del plan	Fecha de nacimiento	Dirección de correo			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				
<b>Molina Healthcare of New Mexico, Inc.</b> <b>P.O. Box 3887</b> <b>Albuquerque, NM 87190-9859</b> <b>Attention: Rewards for Healthy Choices</b> <b>Fax (505) 798-7315</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usted debe ser miembro de <i>Molina Healthcare</i> en el momento en que se le preste el servicio médico; y</li> <li>▪ Se deben recibir todas las vacunas antes del primer cumpleaños del(de la) niño(a) en 2010.</li> </ul>			