



# free booster seat program

Program Requirements: In order to qualify for the booster seat, the member must live in the State of New Mexico. The child must be enrolled in the Lovelace Community Health Plan Salud! Program on, or by, the child's first birthday. The child must be on the plan when they get the booster seat. All immunizations must be completed before the child's second birthday. The information on this form must be returned to LCHP before the child turns 30 months of age.

## Required Immunizations

Vaccinations	Date of Dose 1	Date of Dose 2	Date of Dose 3	Date of Dose 4
DTaP*				
Inactivated Poliovirus*				
MMR				
Hib*				
Hepatitis B				

Vaccinations	Date of Dose 1	Date of Dose 2	Date of Dose 3	Date of Dose 4
Varicella**				
Pneumococcal conjugate*				
Hepatitis A				
Rotavirus*				
Influenza***				

Child's Name \_\_\_\_\_  
 Child's DOB \_\_\_\_\_  
 Child's LHP Member # \_\_\_\_\_  
 Child's SSN \_\_\_\_\_  
 Home Phone Number \_\_\_\_\_

Name of Practice \_\_\_\_\_  
 Phone Number \_\_\_\_\_  
 PCP Name \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ please print  
 Primary Care Physician's (PCP) Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

\* 6 weeks is the minimum age for vaccine administration. Do not include any vaccination administered in the first 42 days after the child's birth date.  
 \*\* Alternatively, documentation of the child having chickenpox before the child's second birthday.  
 \*\*\* 6 months is the minimum age for vaccine administration. Do not include any vaccination administered before 6 months of age.

Please return this form completed and signed by the baby's primary care doctor to:  
 Health Services Department, Attn: Newborn Coordinator, 4101 Indian School Rd. NE, Albuquerque, NM 87110 or fax to (505) 727-5628.  
 If you have any questions or need help filling out this form, please call LCHP Customer Care at (505) 727-LOVE (5683) or 1-800-808-7363.

Services are funded in part under a contract with the State of New Mexico.





# programa de asiento elevado gratis para los niños

**Requisitos del programa:** A fin de calificar para recibir el asiento elevado de seguridad para los niños en los carros, el miembro del plan debe vivir en el estado de Nuevo México. El(La) niño(a) debe estar inscrito(a) en el plan de seguro médico del *Lovelace Community Health Plan* bajo el programa Salud! en la fecha de su primer cumpleaños o antes. El(La) niño(a) debe estar inscrito en el plan en el momento en que se le regale el asiento elevado de seguridad para los niños en los carros. El(La) niño(a) debe recibir todas las vacunas antes de su segundo cumpleaños. La información que aparece en este formulario se debe recibir en el LCHP antes de que el(la) niño(a) cumpla 30 meses de edad.

## Las vacunas que se requieren

Vacuna	Fecha de la primera dosis	Fecha de la segunda dosis	Fecha de la tercera dosis	Fecha de la cuarta dosis
DTaP*				
Virus de polio Inactivado*				
MMR				
Hib*				
Hepatitis B				

Vacuna	Fecha de la primera dosis	Fecha de la segunda dosis	Fecha de la tercera dosis	Fecha de la cuarta dosis
Varicella**				
Neumocócico* conjugado				
Hepatitis A				
Rotavirus*				
Influenza***				

Nombre del (de la) niño(a) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del (de la) niño(a) \_\_\_\_\_

Número de miembro del plan LHP del (de la) niño(a) \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del (de la) niño(a) \_\_\_\_\_

Número de teléfono de su casa \_\_\_\_\_

\* Un(a) niño(a) debe tener por lo menos seis semanas de edad para recibir su primera vacuna. No incluya ninguna vacuna que se haya administrado en los primeros 42 días después de la fecha de nacimiento del (de la) niño(a).

\*\* A su vez, se puede presentar documentación de que el(la) niño(a) haya tenido varicela antes de su segundo cumpleaños.

\*\*\* Un(a) niño(a) debe tener por lo menos seis meses de edad para recibir su primera vacuna. No incluya ninguna vacuna que se haya administrado antes de que el(la) niño(a) haya cumplido seis meses de edad.

Nombre del consultorio médico \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del médico de cabecera \_\_\_\_\_

Escriba en letra de molde

Firma del médico de cabecera \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Sírvase llenar y devolver este formulario con la firma del médico de cabecera del bebé a la siguiente dirección: Health Services Department, Attn: Newborn Coordinator, 4101 Indian School Rd. NE, Albuquerque, NM 87110 o envíela por fax al (505) 727-5628. Si usted tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para llenar este formulario, sírvase llamar al Departamento de Servicios a los Clientes del LCHP al (505) 727-LOVE (5683) al 1-800-808-7363.

Los fondos que financian los servicios que ofrece el Lovelace Community Health Plan provienen, en parte, de un contrato con el Estado de Nuevo México.