

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

La información anotada en este formulario se usará como documento para autorizar recibo de vacuna(s). La información puede compartirse, a través del registro de Wisconsin con otros centros de salud que atiendan al paciente para asegurar que esté completo su programa de vacunas. La información anotada en este formulario es voluntaria y el Número de Seguro Social lo usará el padre(madre) o guardián para tener acceso al Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR).

NÚMERO DE EXPEDIENTE

Apellido, Nombre, Inicial del paciente		Apellido y nombre de soltera de la madre	
Dirección		P. O. Box	
Ciudad	Condado	Estado	Código
Dirección Email (si tiene)	Teléfono de la casa ()	Teléfono del trabajo ()	Extensión
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Estado o País de Nacimiento del paciente	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza (marque una) <input type="checkbox"/> Africano-americano <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiian / Isleño pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra		Origen étnico (marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	
Elegibilidad (Marque todo lo que aplique) Debe completar esta sección		<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Elegible para Medicaid	<input type="checkbox"/> Badger Care <input type="checkbox"/> Sin seguro médico
		<input type="checkbox"/> Asegurado, cubre vacunas <input type="checkbox"/> Asegurado, no cubre vacunas	
Nombre del médico		Nombre de Asegurador	Escuela o guardería (si corresponde)
Apellido, Nombre, Inicial del padre(madre) o guardián responsable del paciente		Relación con el paciente	
¿Acepta compartir información vacunas con Wisconsin Immunization Registry (WIR)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Permite llamada o recordatorio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Se envía recordatorio o llamada a usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
He recibido una copia y la leí o me explicaron la información de las enfermedades y vacunas que se darán. Tuve oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas solicitadas y pido que me pongan las vacunas a mí o a la persona nombrada arriba por quien tengo autorización de pedir las.			
Wisconsin Medicaid restringe enviar cuentas a los beneficiarios que tienen servicios cubiertos. Yo entiendo que si recibo Medicaid/BadgerCare, no me pueden cobrar por poner vacunas o pedir donación para poner las vacunas proporcionadas.			
FIRMA – Persona que recibe la vacuna o persona autorizada para firmar a nombre del paciente. X		Fecha de firma	

Nombre del Paciente (Apellido, Primer Nombre y Inicial)**FOR OFFICE USE**

Vaccine	Route	Site Admin.*	Dose Number	Manufacturer	Lot Number	VIS Form Date ☼ (fill in VIS date)
DTaP/DT	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5			
DTaP-Hep B-IPV (Pediarix)	IM	RV LV RD LD	1 2 3	GSK		
DTaP-IPV (Kinrix)	IM	RV LV RD LD	1	GSK		
DTaP-IPV-Hib (Pentacel)	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4	Sanofi		
Hep A	IM	RV LV RD LD	1 2			
Hep B	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			
Hep A-Hep B (Twinrix)	IM	RV LV RD LD	1 2 3	GSK		
Hib	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			
Hib-Hep B (Comvax)	IM	RV LV RD LD	1 2 3	Merck		
HPV (Human papillomavirus)	IM	RV LV RD LD	1 2 3	Merck		
Influenza	IN**		1 2			
	IM	RV LV RD LD	1 2			
Meningococcal Conjugate (MCV4)	IM	RV LV RD LD	1	Sanofi		
MMR	SQ	RV LV RD LD	1 2	Merck		
Pneumococcal Conjugate (PCV7)	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4	Wyeth		
Polio	IM or SQ	RV LV RD LD	1 2 3 4	Sanofi		
Rotavirus	Oral		1 2 3			
Td	IM	RV LV RD LD	1 2 3			
Tdap	IM	RV LV RD LD	1			
Varicella	SQ	RV LV RD LD	1 2	Merck		
Other						

*RV=R Vastus Lateralis, LV=L Vastus Lateralis, RD=R Deltoid, LD=L Deltoid Subcutaneous injections are administered in the muscle "area". **IN = Intranasal
☼ Use most current Vaccine Information Statement (VIS) or if appropriate use the Multi Vaccines Information Statement (VIS). For Td & Tdap use the combination Td/Tdap VIS

SIGNATURE AND TITLE – Person Administering Vaccine

X

Date Vaccine Administered

Address – Clinic, Public Health Department