

## REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS VACCINE ADMINISTRATION RECORD

La información proporcionada en este formulario se usará como documento para autorizar recibir una vacuna(s). La información puede ser compartida a través del Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (Wisconsin Immunization Registry – WIR) con otros proveedores de cuidado de salud directamente involucrados con el paciente para asegurar que esté completo su programa de vacunas. La información proporcionada en este formulario es voluntaria y el Número de Seguridad Social lo usará el padre/madre o tutor para tener acceso al Registro de Inmunizaciones de Wisconsin.

\_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE EXPEDIENTE (Chart Number)

Apellido, Nombre, Inicial del paciente (Incluya el nombre de soltera si está casada)		Apellido y nombre de soltera de la madre (Apellido, Nombre, Inicial)			
Dirección	P. O. Box	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Dirección de correo electrónico (Email) (si aplica)		Teléfono de la casa (      ) (      )		Teléfono del trabajo, Extensión (      ) (      )	
Número de Seguridad Social	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Estado o país de nacimiento del paciente		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Africano-americano <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Hispánico o Latino <input type="checkbox"/> NI Hispánico ni Latino	
Raza (marque una)		BadgerCare		Nombre de la escuela o guardería (si aplica)	
<input type="checkbox"/> Africano-americano <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Hispánico o Latino <input type="checkbox"/> NI Hispánico ni Latino Elegibilidad (Marque todo lo que aplique) Tiene que completar esta sección <input type="checkbox"/> BadgerCare <input type="checkbox"/> Sin seguro médico <input type="checkbox"/> Tiene un seguro, cubre vacunas <input type="checkbox"/> Tiene un seguro, no cubre vacunas		Nombre de la compañía de seguro		Relación con el paciente	
Nombre del médico		Nombre de la escuela o guardería (si aplica)		Nombre de la escuela o guardería (si aplica)	
Nombre del padre/madre o tutor responsable del paciente (Apellido, Nombre, Inicial)		Relación con el paciente			
¿Permite llamada o recordatorio?		¿Se debe dirigir el recordatorio o la llamada a usted?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
He recibido una copia con la información y la he leído o me han explicado la información sobre la enfermedad(es) y la vacuna(s) que voy a recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna(s) solicitada y pido que me pongan la vacuna(s) a mí o a la persona nombrada arriba para quien yo estoy autorizado a hacer esta petición.					
El Medicaid de Wisconsin restringe facturar a los beneficiarios por cualquier servicio(s) cubierto. Entiendo que si soy un beneficiario de Medicaid/BadgerCare, no me pueden cobrar una cuota por la administración de la vacuna o pedirme cualquier tipo de donación por la administración de ninguna de las vacunas que se proporcionen.					
Doy permiso para compartir los registros de inmunizaciones de mi hijo incluso los proporcionados a la escuela(s) a través del Wisconsin Immunization Registry y de mi Proveedor de Inmunización con el propósito de mantener un registro completo y preciso que ayude a garantizar la inmunización completa.					
FIRMA – Persona que recibe la vacuna o persona autorizada para firmar a nombre del paciente.				Fecha de firma	
X					

Patient's Name (Last, First, Middle Initial)

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

## QUESTIONARIO DE VACUNACIÓN

**Atención: Las siguientes preguntas aplican solamente a la persona que va a recibir vacunas hoy. Si no entiende alguna pregunta por favor pida ayuda al personal. POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE**

	NOMBRE _____	FECHA DE NACIMIENTO _____				
	(Apellido)	(Nombre)	(Inicial)			
1.	¿Está usted enfermo hoy? ( <i>Are you sick today?</i> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Es Ud. alérgico a medicinas [remedios], cualquier tipo de vacuna, latex, levadura, huevos, gelatina, alumbre ó cualquier otro preservativo? ( <i>Allergies?</i> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Ha tenido Ud. alguna reacción seria después de haber sido vacunado anteriormente? ( <i>Serious reaction to previous vaccine?</i> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Ha tenido Ud. alguna vez un ataque de convulsiones o Syndrome de Guillain-Barré? ( <i>History of seizure/ GBS?</i> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Usted, alguna persona que vive o tiene contacto con usted tiene cancer, leusemia, SIDA u otro problema con el sistema inmunológico? ( <i>Immune compromised person or contact?</i> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Ud. o alguna persona que vive o tiene contacto físico cercano con Ud. ha tomado cortisona, rednisona, u otros esteroides, medicinas contra el cancer o tratamientos con rayos X en los últimos 3 meses? ( <i>Immune suppressive therapy in past 3 months?</i> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Durante el año pasado ¿Ha recibido Ud. una transfusión de sangre o plasma, o le han dado una medicina llamada globulina inmune? ( <i>Blood transfusion or immune globulin in the past year?</i> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Ha tenido usted algún problema de salud como asma, enfermedad de los pulmones, enfermedad del corazón, enfermedad de los riñones, como diabetes o un desorden de la sangre? ( <i>Long-term health problems?</i> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Ha sido vacunado usted durante las últimas cuatro semanas? ( <i>Vaccines in past 4 weeks?</i> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Ha estado usted enfermo con viruela [varicela]? ¿Cuándo? _____ ( <i>Chicken pox disease? When?</i> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<b>Para bebés entre 8 y 32 semanas de edad:</b> ¿Su bebé nació prematuro? ( <i>premature?</i> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<b>Para niños mayores de 2 años de edad,</b> ¿Le a dicho un medicó que su niño/a tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses? ( <i>wheezing/ashmta?</i> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<b>Para niños de 5 años de edad:</b> ¿Sufre su niño/a de alguna condición médica crónica? ( <i>chronic medical condition?</i> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<b>Para mujeres de 12 años de edad o mayores:</b> ¿Es posible que Ud. esté embarazada o pueda quedar embarazada en los próximos tres meses? ( <i>Pregnant or planning pregnancy?</i> )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¡Traiga la cartilla de vacunas cada vez que venga al Departamento de Salud o con su doctor!**

Pregunte a su medicó con que frecuencia se recomienda hacerse exámenes físicos.

**¡LOS ADULTOS TAMBIÉN NECESITAN VACUNARSE!. ¿Á recibido usted un refuerzo de la vacuna de tétanos en los últimos 10 años?**

Yo entiendo que Servicios Humanos y de Salud del Condado de Sheboygan puede cobrar a Forward Health, Medicare ó a cualquier otra compañía de seguro médico por los servicios elegibles.

He leído y completado este cuestionario, y he contestado todas las preguntas con el mejor de mi conocimiento. Pido que la persona indicada arriba sea vacunada.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(La firma de los Padres o del Tutor Legal es requerida para los menores de 18 años.)



Enfermera de Salud Pública