

Registro de administración de vacunas (Vaccine Administration Record)

La información recopilada en este formulario se usará para documentar la autorización para la recepción de las vacunas. La información se podrá compartir mediante el Wisconsin Immunization Registry (Registro de vacunación de Wisconsin, WIR) con otros proveedores de atención médica que participen directamente en la atención del paciente para garantizar que se complete el calendario de vacunación. La información que se recopile en este formulario es voluntaria. Además, el padre, la madre o el tutor usarán el Social Security number (número del seguro social) para acceder al Wisconsin Immunization Registry (Registro de vacunación de Wisconsin).

Número de expediente

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre). Incluya el apellido de soltera si está casada			Nombre de soltera de la madre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)				
Dirección		Apartado postal	Ciudad	Condado	Estado	Código postal	
Correo electrónico (si corresponde)		Número de teléfono de la casa ()		Número de teléfono del trabajo (incluya el número de extensión) ()			
Social Security number (número del seguro social)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Estado/país de nacimiento del paciente		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Raza (marque una) <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro				Origen étnico (marque uno) <input type="checkbox"/> Hispánico o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino			
Estado de elegibilidad (marque todas las que correspondan) Debe completar esta sección.		<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Eligible para Medicaid		<input type="checkbox"/> BadgerCare <input type="checkbox"/> Sin seguro médico		<input type="checkbox"/> Asegurado, le cubre las vacunas <input type="checkbox"/> Asegurado, no le cubre las vacunas	
Nombre del médico		Nombre del proveedor de seguros		Nombre de la escuela o guardería (si corresponde)			
Nombre del padre, madre o tutor responsable del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)				Relación con el paciente			
¿Se permite que se lo contacte como recordatorio o notificación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Desea recibir un recordatorio o notificación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Me dieron una copia de la Vaccine Information Statement (declaración de información sobre vacunas, VIS) más reciente y leí, o me explicaron, la información sobre las enfermedades y las vacunas que debo recibir. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y me las respondieron satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas solicitadas y acepto que me administren las vacunas o que se las administren a la persona que se menciona arriba, por quien estoy autorizado para hacer esta solicitud. Wisconsin Medicaid no le cobrará a los beneficiarios por cualquier servicio que cubra. Entiendo que si soy beneficiario de Medicaid o BadgerCare no me pueden cobrar por una tarifa de administración ni solicitar una donación para la administración de cualquier vacuna que reciba.							
Doy permiso para compartir los registros de vacunación de mi hijo, incluso los que se brinden a las escuelas, con el Wisconsin Immunization Registry (Registro de vacunación de Wisconsin) y el proveedor de vacunas para mantener un registro completo y preciso que ayude a garantizar la vacunación completa. Marque aquí solo si no da su permiso <input type="checkbox"/> .							
Firma: Persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para firmar en nombre del paciente				Fecha de firma			
X							

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Vacuna	Vía	Lugar de administración*	Fabricante	Nombre comercial de la vacuna	Número de lote	Fecha de publicación en la VIS
COVID-19	IM	RV LV RD LD				
DTaP	IM	RV LV RD LD				
Hep A	IM	RV LV RD LD				
Hep B	IM	RV LV RD LD				
Hib	IM	RV LV RD LD				
VPH	IM	RV LV RD LD				
Influenza	IN**					
	IM	RV LV RD LD				
Meningocócica	IM	RV LV RD LD				
MMR	IM o SC [§]	RV LV RD LD				
Mpox	SC	RV LV RD LD				
	ID					
Neumocócica	IM	RV LV RD LD				
Polio	IM o SC	RV LV RD LD				
Rotavirus	Oral					
RSV (vacuna)	IM	RV LV RD LD				
RSV (anticuerpo monoclonal)	IM	RV LV RD LD				
Td	IM	RV LV RD LD				
Tos ferina/Tdap	IM	RV LV RD LD				
Varicela	IM o SC	RV LV RD LD				
Zóster (RZV)	IM	RV LV RD LD				
Otra						
Otra						

*RV = vasto lateral derecho, LV = vasto lateral izquierdo, RD = deltoides derecho, LD = deltoides izquierdo, IM = intramuscular, SC = subcutáneo, ID = intradérmico

**IN=intranasal §Priorix (MMR) solo se puede administrar por vía SC

Firma y cargo: persona que administra la vacuna

Fecha de administración de la vacuna

X

Dirección: clínica, departamento de salud pública