

## 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	
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"/> Ni Hispano ni Latino	
<b>Elegibilidad (Marque todo lo que aplique)</b> <b>Tiene que completar esta sección</b>		<input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Elegible para Medicaid	<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 del médico		Nombre de la compañía de seguro		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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Se debe dirigir el recordatorio o la llamada a usted? <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.					
<b>El Medicaid de Wisconsin restringe facturar a los beneficiarios por cualquier servicio(s) cubierto.</b> 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.  X			Fecha de firma		

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 (Pediatrix)	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

Date Vaccine Administered

X

Address – Clinic, Public Health Department