

### REGISTRO ADMINISTRATIVO DE VACUNA

Información colectada en este formulario se usara para documentar la autorización para recibir las vacunas. La información puede ser compartida por el Registro de Wisconsin (WIR) con otros proveedores del cuidado de la salud involucrados directamente con el paciente para asegurar la realización del horario de las vacunas. Información colectada en este formulario es voluntario y el Numero de Seguro Social se usara por los padres y guardián para el acceso al Registro de Inmunización de Wisconsin.

Cheque todos los que aplican  Ayuda de Badger  Asegurado – no cubren vacunas  Native American  
 Asistencia Medica  No aseguranza de salud  Asegurado – cubren vacunas

Apellido		Nombre		Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección			Ciudad		
Estado	Código Postal	Condado	Teléfono		
Numero De Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenina	Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hispano	
Raza (Cheque uno) <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indio Americano		Apellido de Soltera y primer nombre de la madre			
Nombre del padre/madre o Guardián responsable por el paciente			Su Relación Al Paciente		
Nombre Del Doctor		Proveedor De Aseguranza			
¿Esta bien compartir datos de inmunización con el Registro de Inmunización de WI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Notificaciones o contacto telefónicos son aceptables? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Se me ha dado una copia y he leído, o se me ha explicado, la información acerca de la enfermedad (es) y la vacuna(s) que serán recibidas. He tenido una oportunidad para hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacun(s) pedida y pido que se me de la vacuna a mi o a la persona nombrada arriba por la quien yo tengo autorización para hacer esta solicitud.

**X**

**FIRMA** – Persona que recibirá la vacuna o persona que esta autorizada para firmar por el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

**Circle appropriate vaccine, site, and dose number**

Vaccine	Route	Site Admin.	Dose Number	Manufacturer	Lot	V.I.S. Date
DTaP / DT	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5			5/17/07; Comb. 9/18/08
Td / Tdap	IM	RV LV RD LD	1 2 3			11/18/08
IPV	SC/IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			1/1/00; Comb. 9/18/08
Kinrix	IM	RV LV RD LD	1			DTaP 5/17/07; IPV 1/1/00
Hib	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			12/16/98; Comb. 9/18/08
Hep B	IM	RV LV RD LD	1 2 3			7/18/07; Comb. 9/18/08
MMR / MMR-V	SC	RV LV RD LD	1 2			3/13/08
Varicella	SC	RV LV RD LD	1 2			3/13/08
Hep A	IM	RV LV RD LD	1 2			3/21/06
Pprevnar (PCV13)	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			4/16/10; Comb. 9/18/08
Pentacel	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			5/17/07; 1/1/00; 12/16/98
RotaTeq / Rotarix	Oral		1 2 3			8/28/08; Comb. 9/18/08
Menactra (MCV4)	IM	RV LV RD LD	1			1/28/08
HPV	IM	RV LV RD LD	1 2 3			2/2/07
Other		RV LV RD LD	1 2 3			

Signature/Title of Vaccine Administrator(s)

Date Vaccinated

**(AL REVERSO)**

## DEPARTAMENTO DE SALUD CONDADO BROWN

### Cuestionario

Por Favor conteste estas preguntas, si usted no entiende la pregunta, déjela en blanco y la enfermera puede discutirla con usted.

La persona que recibirá la vacuna:

- |     |  |    |    |
|-----|--|----|----|
| 1.  | ¿Está enfermo hoy?   | SÍ | NO |
| 2.  | ¿Está alérgico a algún medicamento, comida o vacuna?   | SÍ | NO |
| 3.  | ¿Ha tenido alguna reacción seria a las vacunas en el pasado?   | SÍ | NO |
| 4.  | ¿Ha tenido un ataque o problema con el cerebro/sistema nerviosos?  | SÍ | NO |
| 5.  | ¿Es mas susceptible a enfermedades o infecciones debido a una enfermedad o medicación?   | SÍ | NO |
| 6.  | ¿Ha recibido una transfusión de sangre o productos de sangre o un medicamento llamado (gama) globulina inmunológica durante el último año? | SÍ | NO |
| 7.  | ¿Esta embarazada o hay una probabilidad que ella pueda salir embarazada en un mes?   | SÍ | NO |
| 8.  | ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas 4 semanas?   | SÍ | NO |
| 9.  | ¿Un infante que su madre sea transmisora de hepatitis B?   | SÍ | NO |
| 10. | ¿Se le a dado una prueba de Tuberculosis en los últimos 3 días?  | SÍ | NO |
| 11. | Un niño que nació prematuramente (36 semanas o antes)?   | SÍ | NO |
| 12. | Tienen cualquier enfermedad de intestino crónica?  | SÍ | NO |

**Wisconsin Medicaid(Medical Assistance-MA)restringe a recipientes de facturación para cualquier servicio(s) cubierto.**

Entiendo que si soy un principio de Medicaid/Badger Care/ Healthy Start, no puedo ser cobrado honorarios de administración o pedido cualquier tipo de la donación para la administración de cualquier vacuna que está siendo proporcionada. Por que el Departamento de Salud de Condado Brown no puede reunirse los pagos en efectivo forman a clientes con MA no factura la Asistencia Médica, los clientes con la MA deben ir a su doctor para vacunas que tienen unos honorarios. La vacuna suministrada de todo el estado será proporcionada sin costo.

**Favor de leer la Hoja de Información sobre la Vacuna, complete y firme el “Registro Administrativo de Vacuna: en el otro lado.**

**(AL REVERSO)**