

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNA(S)

Agency (for office use)

INFORMACIÓN ACERCA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA VACUNA (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

ID _____

Marque todas las que correspondan: No Seguro Médico Medicaid Elegible Tengo Seguro (pero no cubre vacunas)
 Indio Americano Tengo seguro que cubre vacunas Seguro Badger Care **Edad:** _____
 o Nativo de Alaska

Apellido:	Nombre:			Inicial	Fecha de Nacimiento mes/día/año:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:	
Apellido de Soltera de la Madre:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza:	Hispano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Teléfono:	
Número de Seguro Social del niño:	Padre/Guardián:	Doctor:	Relación con la persona a ser vacunada:		
Autoriza compartir información con WIR? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si tiene 18 años o menos, le gustaría un barnizado dental hoy <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

	SI	NO
1. ¿Ha estado enfermo o ha tenido fiebre en las últimas 24 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alergia a medicinas, comida, algún componente de las vacunas, o al látex? Si la respuesta es Sí, por favor escriba a cuál: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene historial de problemas serios con anteriores vacunas, incluyendo la vacuna contra la gripe (flu)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene historial del Síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha recibido tratamiento para convulsiones o problemas neurológicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido diagnosticado alguna vez con algún problema de salud a largo plazo, o debilidad del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha estado en contacto cercano con alguien que tenga severa debilidad del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tomado esteroides o medicamentos anticancerosos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Está viviendo con personas tomando esteroides o medicamentos anticancerosos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con asma? a. ¿Si es menor de 5 años de edad, ha tenido periodos de respiración con silbido (resuello) el año pasado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. ¿Durante el año pasado ha recibido sangre/ productos sanguíneos o inmunoglobulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha recibido vacunas o se ha realizado la prueba cutánea de tuberculosis en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Tiene historial del virus de la varicela (chickenpox)? Si la respuesta es Sí, fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Está embarazada actualmente o está planeando un embarazo en los próximos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Peso al nacer menos de 4 libras 7 onzas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Si es menor de 8 meses, ha sido diagnosticado con un tipo de obstrucción del intestino llamado intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR LEA ANTES DE FIRMAR

La información obtenida en éste formulario será usada para documentar la autorización para recibir la(s) vacuna(s). La información puede ser compartida con el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR) y/o con otros proveedores de salud directamente relacionados con el paciente para asegurar completar la programación de vacunación. La información obtenida en éste formulario es voluntaria. El número de Seguro Social será usado por los padres o guardián legal para acceder al WIR.

He recibido una copia y he leído o recibido explicación acerca de la información de la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) a recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) solicitada(s). Solicito que sea administrada la(s) vacuna(s) a mí o a la persona nombrada arriba para quien estoy autorizada hacer ésta solicitud.

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE (nombre de padres/guardián si es menor de 18 años de edad) _____

X _____ Fecha: _____ Iniciales Entrevistador ____

Firma de la persona a recibir la(s) vacuna(s), o persona autorizada a firmar en nombre de la persona que recibirá la(s) vacuna(s) solicitadas.

Kenosha County Division of Health Vaccine Administration Record

Name: _____

DOB: _____ Age: _____ Yrs. _____ Mos.

CPT Code	Vaccine	Route	Site Admin.	Dose Number/Amount	MFR	Lot Number	VIS	Date Received	Diluent
90700	DTAP	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5			05/17/07		
90696	DTAP/IPV	IM	RV LV RD LD	1			05/17/07, 11/08/11		
90723	DTAP/IPV/HEPB	IM	RV LV RD LD	1 2 3			05/17/07, 11/08/11, 02/02/12		
90698	DTAP/IPV/HIB	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			05/17/07, 11/08/11, 02/04/14		
90632	HEPA-ADULT	IM	RV LV RD LD	1 2			10/25/11		
90636	HEPA-HEPB	IM	RV LV RD LD	1 2 3			10/25/11, 02/02/12		
90633	HEPA-PED	IM	RV LV RD LD	1 2			10/25/11		
90746	HEPB-ADULT	IM	RV LV RD LD	1 2 3			02/02/12		
90744	HEPB-PED	IM	RV LV RD LD	1 2 3			02/02/12		
90647	HIB	IM	RV LV RD LD	1 2 3			04/02/15		
90651	HPV	IM	RV LV RD LD	1 2 3			04/15/15		
90713	IPV	SC IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			11/08/11		
90734	MCV4	IM	RV LV RD LD	1 2 3			10/14/11		
90707	MMR	SC	RV LV RD LD	1 2			04/20/12		
90670	PCV13	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			02/27/13		
90732	PNEUMOVAX-ADULT	IM	RV LV RD LD	1			04/24/15		
90680	ROTA VIRUS	PO	ORAL	1 2 3			04/15/15		
90736	SHINGLES	SC	RV LV RD LD	1			10/06/09		
90718	TD	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5			02/24/15		
90715	TDAP	IM	RV LV RD LD	1 2 3			02/24/15		
90716	VAR	SC	RV LV RD LD	1 2			03/13/08		
90655	SEASONAL FLU (TF) 6-35 MOS.	IM	RV LV RD LD	1 2 0.25ml			08/19/14		
90686	SEASONAL FLU (TF) 3-18 YRS.	IM	RV LV RD LD	1 2 0.5ml			08/19/14		
90657	SEASONAL REG FLU 6-35 MOS.	IM	RV LV RD LD	1 2 0.25ml			08/19/14		
90658	SEASONAL REG FLU 3+	IM	RV LV RD LD	1 2 0.5ml			08/19/14		
90672	SEASONAL FLU MIST 2-18 Yrs.	NASAL	Each Nare	1 2 0.2ml			08/19/14		

* (RV) – Right Vastus Lateralis (LV) – Left Vastus Lateralis (RD) – Right Deltoid (LD) – Left Deltoid (SC) – Subcutaneous Injection (IM) – Intramuscular Injection

Found in WIR? Yes No Immune Record Reviewed? Yes No

PH Clinic: _____

Date Vaccinated: _____

Signature/Title of Person Administering Vaccine: _____