

VACCINE ADMINISTRATION RECORD

Agency (for office use)

INFORMACION SOBRE LA PERSONA QUE VA A RECIBIR LA VACUNA (POR FAVOR ESCRIBA) ID _____

Marque Lo	___ No Tengo Seguro Medico	___ Tengo Medicaid	___ Tengo Seguro(Pero No Cubre Las Vacunas)	Edad:	___ YRS	___ MNS		
Applicable	___ Nativo Americano	___ Tengo Seguro,Cubre Las Vacunas	___ Seguro Badger Care					
Apellido:	_____	Primer Nombre:	_____	Inicial:	_____	Fecha De Nacimiento:	_____	
Direccion:	_____	Ciudad:	_____	Estado:	_____	Codigo:	_____	
Nombre de la madre:		_____	Genero:	_____	Raza:	_____	Hispano:	_____
Numero Del Seguro Social Del Nino:		_____	Nombre De Padre O Tutor Legal:	_____	Relacion a Padres:		_____	
Nos permite Compartir Informacion Con WIR? Si ___ No ___		Le gustaria Que Se Le envie un Recordatorio o Aviso? Si ___ NO ___		Doctor:			_____	

LA PERSONA RECIBIENDO LA VACUNA HOY: (Rev 09/25/2006)

1. Ha estado enfermo o tenido fiebre en las ultimas 24 horas?.....Si ___ No ___
2. Es alergica a levadura, gelatinas, neomycin, streptomycin, o/a vacunas anteriores?..Si ___ No ___
3. Ha tenido un historial de problemas graves con vacunas anteriores?.....Si ___ No ___
4. Ha sido tratado por ataques o problemas neurologicos?.....Si ___ No ___
5. Esta viviendo con una persona que esta tomando esteroides o drogas anti-cancerosos?..Si ___ No ___
Esta tomando esteroides o dragas anti-cancerosos?.....Si ___ No ___
6. Recibio sangre/productos de sangre o globulina immune el ano pasado?.....Si ___ No ___
7. Recibio vacunas como TB Test o prueba de tuberculosis en los ultimos dos meses?.....Si ___ No ___
8. Ha tenido el virus de la varicela?.....Fecha:_____.....Si ___ No ___
9. Esta actualmente embarazada o planeando embarazarce, en los ultimos tres meses?.....Si ___ No ___
10. La madre de este nino/a ha sido diagnosticada con Hepatitis B positiva?.....Si ___ No ___
11. El peso de su nino al nacer fue de 4 libras con 7 onzas?.....Si ___ No ___
12. Tiene historial de alergias al Latex?.....Si ___ No ___
13. Tiene historial de Sindrome de Guillain-Barre?.....Si ___ No ___

POR FAVOR LEA ANTES DE FIRMAR

Esta informacion obtenida en esta forma sera usada para documentar las vacunas autorizadas y las que se han llevado a cabo. Esta informacion puede ser compartida a travez de el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR) y o con otros Proveedores de Salud, directamente envueltos con el paciente, para asegurar que las vacunas programadas han sido efectuadas o completadas. La informacion recibida en esta forma es voluntario el numero de Seguro Social sera usado por el padre, madre o guardian, a tener acceso al Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR).

He recibido una copia y he leido la explicacion e informacion acerca de las enfermedades y de las vacunas que voy a recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y fueron contestadas a mi satisfaccion. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas solicitadas y pedidas para mi, o para la persona nombrada abajo para quien estoy autorizada a pedir la intervencion de las vacunas.

POR FAVOR IMPRIMA SU NOMBRE (padres/o tutor si es menor de 18 anos) Fecha: _____ **Interview Initials:** _____

X _____ **Nombre de la Enfermera/Interprete:** _____