

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)
 Aplicable Nativo Americano Tengo Seguro,Cubre Las Vacunas Seguro Badger Care Edad: _____
 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____ Fecha De Nacimiento: _____
 Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____ Condado: _____
 Nombre de la madre: _____ Genero: _____ Raza: _____ Hispano: _____ Telefono: _____
 Numero Del Seguro Social Del Nino: _____ Nombre De Padre O Tutor Legal: _____ Relacion a Padres: _____
 Nos permite Compartir Informacion Doctor: _____
 Con WIR? Si No

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

- Ha estado enfermo o tenido fiebre en las ultimas 24 horas?.....Si _____ No _____
- Es alergica a levadura, gelatinas, neomycin, streptomycin, o/a vacunas anteriores?..Si _____ No _____
- Ha tenido un historial de problemas graves con vacunas anteriores?.....Si _____ No _____
- Ha sido tratado por ataques o problemas neurologicos?.....Si _____ No _____
- Esta viviendo con una persona que esta tomando esteroides o drogas anti-cancerosos?..Si _____ No _____
Esta tomando esteroides o drogas anti-cancerosos?.....Si _____ No _____
- Recibio sangre/productos de sangre o globulina immune el ano pasado?.....Si _____ No _____
- Recibio vacunas como TB Test o prueba de tuberculosis en los ultimos dos meses?....Si _____ No _____
- Ha tenido el virus de la varicela?.....Fecha: _____ Si _____ No _____
- Esta actualmente embarazada o planeando embarazarse, en los ultimos tres meses?....Si _____ No _____
- La madre de este nino/a ha sido diagnosticada con Hepatitis B positiva?.....Si _____ No _____
- El peso de su nino al nacer fue de 4 libras con 7 onzas?.....Si _____ No _____
- Tiene historial de alergias al latex?.....Si _____ No _____
- Tiene historial de Syndrome 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 llavado a cobro. Esta informacion puede ser compartida a travez de el Registro de Inmunizaciones de Misconsin (MIR) y o con otros Proveedores de Salud, directamente enveutos con el paciente, para asegurar que las vacunas programadas han sido efectuadas o completadas. La informacion recibida en esta forma es voluntario al numero de Seguro Social sera usado por el padre, madre o guardian, a tener acceso al Registro de Inmunizaciones de Misconsin (MIR).

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 peticas 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: _____

Name: _____

DOB: _____ Age: _____ Yrs. 00 Mos.

CPT Code	Vaccine	Route	Site Admin.	Dose Number	Manu	Lot Number	CDC Form Date	Diluent
90700	DTAP	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5			05/17/2007	
90696	DTAP / IPV	IM	RV LV RD LD	1			05/17/2007	
90723	DTAP/IPV/HEPB	IM	RV LV RD LD	1 2 3			09/18/2008	
90698	DTAP/IPV/HIB	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			09/18/2008	
90632	HEPA-ADULT	IM	RV LV RD LD	1 2			03/21/2006	
90636	HEPA-HEPB	IM	RV LV RD LD	1 2 3			03/21/2006	
90633	HEPA-PED	IM	RV LV RD LD	1 2			03/21/2006	
90746	HEPB-ADULT	IM	RV LV RD LD	1 2 3			07/18/2007	
90744	HEPB-PED	IM	RV LV RD LD	1 2 3			07/18/2007	
90647	HIB	IM	RV LV RD LD	1 2 3			12/16/1998	
90649	HPV	IM	RV LV RD LD	1 2 3			03/30/2010	
90713	IPV	SC IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			01/01/2000	

* (RV)-Right Vastus Lateralis (LV)-Left Vastus Lateralis (RD)-Right Deltoid (LD)-Left Deltoid (SC)-Subcutaneous injection
 (IM)-Intramuscular injection
 Date Vaccinated _____ Initials _____

Name: _____

DOB: _____ Age: _____ Yrs. 00 Mos.

CPT Code	Vaccine	Route	Site Admin.	Dose Number	Manu	Lot Number	CDC Form Date	Diluent
90734	MCV4	IM		1 2 3			01/28/2008	
90707	MMR	SC		1 2			03/13/2008	
90670	PCV13	IM		1 2 3 4			04/16/2010	
90732	PNEUMOVAX-ADULT	IM		1			10/06/2009	
90680	ROTAVIRUS	PO		1 2 3			05/14/2010	
90736	SHINGLES	SC		1			10/06/2009	
90718	TD	IM		1 2 3 4 5			11/18/2008	
90715	TDAP	IM		1 2 3			11/18/2008	
90716	VAR	SC		1 2			03/13/2008	

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

Found in WTR? Yes ___ No ___ Immune Record Reviewed? Yes ___ No ___

PH Clinic _____ Date Vaccinated _____

Signature/Title of Person Administering Vaccine _____