

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)

Applicable Nativo Americano Tengo Seguro,Cubre Las Vacunas Seguro Badger Care Edad: YRS MNS

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 Le gustaria Que Se Le envie un

Con WIR? Si No Recordatorio o Aviso? Si NO Doctor: _____

LA PERSONA RECIBIENDO LA VACUNA HOY:

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