



# REGISTRO DE ADMINISTRACION DE INMUNIZACIONES

**Apellido:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Primer Nombre Legal:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Segundo Nombre**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Código de Área: Número de Teléfono:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Dirección:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Número de Apartamento**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Ciudad:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Estado:**

|   |   |
|---|---|
| W | I |
|---|---|

**Código Postal:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Fecha de Nacimiento:**

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|

**Edad:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

en (seleccione uno)  años  meses  Hombre  Mujer

**Género:** (seleccione uno)

**Apellido de Soltera de la Madre:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Para personas menores a 18 años de edad: Nombre del Padre o Guardián**

**Apellido:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Nombre:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Segundo Nombre**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Relación con el Paciente**

**RAZA (SELECCIONE UNO)**

Afroamericano  Asiático  Blanco  Indio Americano  Otro \_\_\_\_\_

Nativo en Hawaiano de otras de Pacífico

**ÉTNICIDAD:**

Hispano  No-Hispano

**SELECCIONE TODOS LOS QUE SE APLIQUEN:**

- Medicare  Badger Care  Asegurado, Vacunas no cubiertas  
 Indio Americano  Ningún Seguro  Asegurado, Vacunas cubiertas  
 Califica para Medicaid

**Numero de Medicaid**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Medicaid de Wisconsin limita la facturación al receptor por cualquier servicio(s) cubierto.** Yo entiendo que si soy receptor de Medicaid/Badger Care no me pueden cobrar costos administrativos o pedirme ningún tipo de donación para la suministración de cualquier vacuna que esté siendo ofrecida. Se me han ofrecido una copia de la declaración de privacidad de la ciudad de West Allis y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Yo autorizo la dispensación de esta información a Medicaid para procesar este reclamo.

Me han dado una copia y he leído o me han explicado la información sobre la(s) enfermedades y vacuna(s) seleccionadas a continuación. Declaración de Información de Vacuna(s) (VIS). He tenido la oportunidad de hacer preguntas y esas preguntas fueron respondidas a mi satisfacción. Yo creo y entiendo los beneficios y riesgos de esta(s) vacuna(s) y pido que la(s) vacuna(s) seleccionada(s) a continuación me sean suministradas a mi o a la persona especificada anteriormente por la cual he hecho el pedido.

**NOTA:** El historial de inmunizaciones será colocado en un registro computarizado que ayudará a su profesional de la salud a mantener un registro y un seguimiento de las inmunizaciones que pueden ser requeridas. La información de las inmunizaciones pueden ser compartidas con otros proveedores, departamentos de salud pública, escuelas, aseguradoras de salud, de acuerdo con las leyes del estado de Wisconsin. Usted debe notificar al Centro de Salud de West Allis por escrito si no desea que esta información sea compartida.

X

|  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|

**FIRMA** de la persona que recibirá la vacuna o la persona autorizada a firmar por parte de la persona que recibirá la(s) vacuna(s) requerida(s).

**FECHA**

**V A C C I N E ( S )**

**Staff to Complete**

- |   |  |                                       |  |                                    |                                    |                                |
|---|--|---------------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DTaP                       | <input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hib (Pentacel) | <input type="checkbox"/> Hep B (A, P) | <input type="checkbox"/> IPV                     | <input type="checkbox"/> PCV13     | <input type="checkbox"/> Td        | <input type="checkbox"/> Other |
| <input type="checkbox"/> DTaP-IPV (Kinrix/Quadacel) | <input type="checkbox"/> Flu (A, P)              | <input type="checkbox"/> Hib          | <input type="checkbox"/> Meningococcal conjugate | <input type="checkbox"/> PPSV23    | <input type="checkbox"/> Tdap      |                                |
| <input type="checkbox"/> DTaP-IPV-Hep B (Pediarix)  | <input type="checkbox"/> Hep A (A, P)            | <input type="checkbox"/> HPV          | <input type="checkbox"/> MMR                     | <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> Varicella |                                |

**For Official Use Only**

**Does child (6 mo. – 8 yr.) need 2<sup>nd</sup> flu dose this season?**  **Yes**  **No**

|                          | AGE GROUP            | DOSAGE   | TODAY'S DOSE IS: | ROUTE |
|--------------------------|----------------------|----------|------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 6 months – 35 months | 0.25 ml. | 1 or 2           | IM    |
| <input type="checkbox"/> | 6 months – 35 months | 0.50 ml. | 1 or 2           | IM    |
| <input type="checkbox"/> | 3 – 8 years          | 0.50 ml. | 1 or 2           | IM    |
| <input type="checkbox"/> | 9 – 18 years         | 0.50 ml. | 1                | IM    |

|                          | AGE GROUP     | DOSAGE   | PRODUCT                      | ROUTE |
|--------------------------|---------------|----------|------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 19 – 64 years | 0.50 ml. | Quadrivalent                 | IM    |
| <input type="checkbox"/> | 65 – up       | 0.50 ml. | Quadrivalent (not High Dose) | IM    |
| <input type="checkbox"/> | 65 – up       | 0.50 ml. | High Dose (Trivalent)        | IM    |

WA Employee   
  WA Employee spouse or child   
  Waived   
  Paid  
 WM Employee   
  Retiree/Spouse   
  WEA /   
  Non-WEA (School District Employee)

Screener's Signature \_\_\_\_\_ Date:   /   /

| Administration   |   |  |
|--|---|--|
| Manufacturer:<br><input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> GSK  | Dose: <input type="checkbox"/> .25 ml<br><input type="checkbox"/> .5 ml   | Site:<br><input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> LV |
| Lot #/ Exp. Date (place sticker here)    VIS Statement (08/07/2015)<br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | Administered by: _____<br>Date: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |