Registro De Administración De Vacuna Contra la Influenza Del Departamento De Salud De West Allis
Información Sobre la Persona Que Va Recibir la Vacuna – *Por favor escriba en letra de imprenta*

Apellido: **Nombre Legal:** **Inicial:**

Domicilio: **# de Apt**

Ciudad: **Estado:** W I **Código Postal:** **Sexo: (elija uno)** ☐ **Hombre** ☐ **Mujer**

Código De Area: **Teléfono:** **Fecha de Nacimiento:** / / **Edad:**

RAZA (ELIJA UNO) : ❑ Indio Americano o Nativo de Alaska ❑ Asiático/a ❑ Nativo de Hawái u otros Isleños del Pacifico ❑ Negro u Afroamericano ❑ Blanco ❑ Otra Raza

ETNICIDAD: ❑ Hispano/a ❑ No-Hispano/a

Me han ofrecido una copia de la declaración de privacidad de la Ciudad de West Allis y tuve la oportunidad de hacer preguntas. Yo autorizo la divulgación de esta información a Medicaid / Medicare para procesar este reclamo. *El Departamento de Salud de West Allis se reserva el derecho de facturar el costo de la vacuna contra la influenza si el proveedor de seguros no lo reembolsa.

CUESTIONARIO HISTORIAL DE SALUD PARA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA	SI	NO
¿El día de hoy, usted tiene una fiebre de 100.4F o más alto?		
¿Alguna vez ha tenido una reacción seria después de haber recibido la vacuna contra la influenza?		
¿Es usted alérgico al huevo, productos con huevo, timerosal (producto que contiene mercurio), Gentamicina, Polymyxin B, Neomycin, gelatina, látex u otra sustancia?		
¿Alguna vez usted ha estado paralizado con el síndrome de Guillain-Barré?		

Me han ofrecido una copia de la declaración de información sobre vacunas (VIS) y he leído, o me han explicado, información sobre la vacuna contra la influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que me administren esta vacuna a mi o a la persona nombrada arriba, para quien estoy autorizado hacer esta solicitud

Notar: **El historial de inmunizaciones será entrado al Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR) para ayudar a su proveedor médico a mantener registros y realizar seguimiento de futuras vacunas que puedan ser necesarias. La información sobre la vacuna puede ser compartida con otros proveedores, departamentos de salud pública, escuelas y aseguradoras de salud de acuerdo con las leyes del estado de Wisconsin. Si usted no desea que se comparta esta información, usted debe notificar al Departamento de Salud de West Allis por escrito.**

X _____ **Fecha** / /

Firma ☐ **Yo** ☐ **Padre(s)** ☐ **Tutor** ☐ **Poder Legal**

Office Use Only:

AGE GROUP	PRODUCT	AGE GROUP	PRODUCT	AGE GROUP	PRODUCT
❑ 6 mos. – 8 yrs.	Quad	❑ 18 yrs. – 64 yrs.	Quad	❑ 65 yrs. – up	Quad
❑ 9 yrs. – 18 yrs.	Quad			❑ 65 yrs. – up	High Dose Quad

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

Do you belong to one of the following Medicare Advantage Plans? If yes, which plan?
❑ **AARP Medicare** ❑ **United Health Care** ❑ **Humana or Choice Care** ❑ **BlueCross**

Health Insurance:
❑ **Medicaid Eligible / BadgerCare** ❑ **No Insurance** ❑ **Medicare** ❑ **Insured – Vaccine covered** ❑ **Insured – Vaccine not covered**
❑ **MASS CLINIC**

Medicare / Medicaid Number:_____

VACCINE	ROUTE	SITE OF INJECTION	DOSE #	Manufacturer	Dose	Lot Number Expires
Fluzone High Dose Quad	IM	LD RD	1	Sanofi-Pasteur	.7 ml	
FLUARIX Quad – Mass/VFC	IM	LD RD LVL RVL	1 / 2	GlaxoSmithKline	.5 ml	
FluLaval Quad	IM	LD RD LVL RVL	1 / 2	GlaxoSmithKline	.5 ml	
Afluria Quad	IM	LD RD	1	Seqirus	.5 ml	

***Does child (6 mos. – 8 yrs.) need 2nd flu dose this season? ❑ Yes ❑ No**

Screener's Signature_____ **Vaccinator's Signature**_____