# PHMDCLogo-WORD威斯康星州免疫登记

# 疫苗管理记录：成人

此表中的信息会被保留以证明您已同意进行免疫接种。该信息会存储在名为 WIR 的计算机数据库中。您的医生，学校和卫生署均可以查看该信息。您不需要提供全部信息。如有问题，请随时提问。

姓：      名：      中间名：

出生日期： 月       日       年

社会安全号码：      （用于查找您自己的记录）

您是： [ ]  男性 [ ]  女性

您是： [ ]  拉美裔 [ ]  非拉美裔

您是： [ ]  美洲印第安人或阿拉斯加原住民 [ ]  亚洲人 [ ]  黑人或非裔美国人

 [ ]  夏威夷原住民或其他太平洋岛屿居民 [ ]  白人 [ ]  其他

您母亲的婚前姓氏（结婚之前的姓氏）和名：      ,

（如果您已婚，您的婚前姓氏）：

您的地址：      邮政信箱：

城市：      州：      邮政编码：

电话：

电子邮件地址：

是否要向您发送提醒函？ [ ]  是 [ ]  否

您是否有医疗保险？ [ ]  是 [ ]  否

您拥有哪种保险？ [ ]  Badger Care

 [ ]  Medical Assistance

 [ ]  Medicare

[ ]  不包括疫苗的普通保险

[ ]  包括疫苗的普通保险

[ ]  美洲印第安人/阿拉斯加原住民

我已阅读（或已得到解释）有关疾病和即将接种的疫苗的信息。我能够提出问题并获得回答。我了解疫苗接种的好处与风险。请为我进行疫苗接种。

签名： 日期：