

## Documentación de Administración de Vacunas y Evaluación

Sólo para vacunas de la gripe

La información recogida en este formulario se usará para documentar la autorización para recibir las vacunas. La información se puede compartir a través del Registro de Vacunación de Wisconsin (WIR, por sus siglas en inglés), con otros proveedores de la salud que tienen al paciente a su cuidado para asegurarse de que esté al día con las vacunas. La información recogida en este formulario es voluntaria. Si usted tiene alguna pregunta por favor consulte al personal de vacunación. **Por favor escriba en letra de imprenta.**

**Apellidos (persona vacunada):** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Nombre de soltera de la madre: Apellidos:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** mes: \_\_\_\_\_ día: \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  Masculino  Femenino

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ (necesario para buscar su registro por su cuenta)

**Etnicidad:**  Hispana  No-hispana **Raza:**  Negra o afroamericana  Indoamericana  Asiática  Blanca  Otra raza

**Seguro Médico:**  Seguro que cubre vacunas  Seguro que no cubre vacunas  Sin seguro  Asistencia Médica

Me han dado una copia de la información sobre las enfermedades y las vacunas indicadas abajo. He leído, o me han explicado, esta información. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho(a) con las respuestas. Entiendo los beneficios y los riesgos de las vacunas indicadas y pido que se las pongan a mi niño(a). Acuso recibo de la copia de "Notificación de la Política de Privacidad " de Salud Pública -Madison y el Condado de Dane.

<b>Preguntas para la persona que se vacuna</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. ¿Está usted enfermo(a) hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene usted alergias a medicinas, alimentos (especialmente a los huevos), vacunas, timerosal o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Padece usted el síndrome de Guillain-Barré (parálisis temporal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Recibió usted alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**X Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### Office use only

Vaccine	VIS Date	Route	Site	Trade name/Manufacturer Lot Number	Expiration Date
Influenza	8/6/2021	IM	RV LV RD LD		
Signature and Title – Person Administering Vaccine: _____				Date: _____	