

# Registro de vacunación de Wisconsin Registro de administración de vacunas

Pondremos esta información en una base de datos informática llamada Registro de Vacunación de Wisconsin (WIR). Su médico, la escuela y el departamento de salud pueden verla. No tiene que contestar todas las preguntas. Pregunte si tiene dudas.

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de segundo nombre: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino  Otro

Etnia:  Hispano  No Hispano

Raza:  Indio americano o nativo de Alaska

Asiático  Negro o afroamericano

Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico

Blanco  Otro

Nombre y apellido de soltera de la

madre (apellido antes del matrimonio): \_\_\_\_\_

Estado de seguro médico:  No seguro médico

Asegurado, vacunas cubiertas  Asegurado, vacunas NO cubiertas

BadgerCare (Medicaid)  Nativos americanos/nativos de Alaska

Asistencia médica (ejemplo: tiene una tarjeta Forward)  Medicare

**Responda a las dos preguntas siguientes si está completando este formulario para otra persona:**

¿Es usted el padre o tutor de esta persona?  Si  No

Nombre y apellidos del padre o tutor: \_\_\_\_\_

## Consentimiento

- Me han dado una copia y he leído, o me han explicado, la información sobre la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) que voy a recibir.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción.
- Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) solicitada(s) y pido que la(s) vacuna(s) me sea(n) administrada(s) a mí o a la persona nombrada arriba por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud.
- Reconozco que he recibido una copia de los "Avisos sobre prácticas de privacidad" de Public Health Madison & Dane County.
- Entiendo que si soy un recipiente de BadgerCare (Medicaid) no se me puede cobrar una cuota de administración o pedir cualquier tipo de donación para la administración de cualquier vacuna que se está administrando.

Su firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si el tutor da su consentimiento verbal por teléfono, indique su nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

## Sólo para uso de oficina

| Vaccine                                                    | VIS given | Route | Site | Trade name/Manufacturer Lot Number | Expiration Date |
|------------------------------------------------------------|-----------|-------|------|------------------------------------|-----------------|
| COVID-19                                                   |           |       |      |                                    |                 |
| DTP/aP                                                     |           |       |      |                                    |                 |
| HepA                                                       |           |       |      |                                    |                 |
| HepB                                                       |           |       |      |                                    |                 |
| Hib                                                        |           |       |      |                                    |                 |
| HPV                                                        |           |       |      |                                    |                 |
| Influenza                                                  |           |       |      |                                    |                 |
| Meningo                                                    |           |       |      |                                    |                 |
| MMR                                                        |           |       |      |                                    |                 |
| Pertussis/Tdap                                             |           |       |      |                                    |                 |
| Pneumo-Poly                                                |           |       |      |                                    |                 |
| Pneumococcal                                               |           |       |      |                                    |                 |
| Polio                                                      |           |       |      |                                    |                 |
| Rabies                                                     |           |       |      |                                    |                 |
| RSV                                                        |           |       |      |                                    |                 |
| Rotavirus                                                  |           |       |      |                                    |                 |
| Smallpox                                                   |           |       |      |                                    |                 |
| Varicella                                                  |           |       |      |                                    |                 |
| Signature and Title of Person Administering Vaccine: _____ |           |       |      |                                    | Date: _____     |