

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: _____