

Registro de Vacunas de Wisconsin

Record de Administración de Vacunas

Esta información se guardará en una base de datos computarizada llamada WIR. Su médico, la escuela y el departamento de salud tiene acceso. No es necesario que provea toda esta información. Por favor déjenos saber si tiene alguna pregunta.

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Si es menor de edad, ¿es usted el padre/madre o tutor? Sí No Nombre de Padre/Madre/Apellido Name: _____

Fecha de Nacimiento: mes _____ día _____ año _____ edad _____

Número de Seguro Social (opcional): _____ (se usa para buscar su record)

Sexo: Masculino Femenino

Etnicidad: Hispano/a No-Hispano/a

Raza: Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska Asiático/a Negro/a o Afro-americano/a
 Nativo de Hawái u otra Isla del Pacifico Blanco/a Otra

Apellido de soltera (apellido antes del matrimonio) y nombre de la madre: _____, _____

Si es menor de edad, apellido de la persona responsable: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Condado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

¿Le gustaría recibir recordatorios? Sí No

¿Tiene seguro de salud? Sí No

Si tiene, ¿qué tipo de seguro?

- Badger Care
- Asistencia Médica
- Medicare
- Seguro de salud, pero las vacunas no están cubiertas
- Seguro de salud y las vacunas están cubiertas
- Nativo(a) Americano(a) / Nativo(a) de Alaska
- Otra _____

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 han sido 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 anteriormente para la que estoy autorizado/a hacer esta solicitud.

Entiendo que si soy un beneficiario de Medicaid/BadgerCare no se me puede cobrar una cuota de administración o pedir cualquier tipo de donación para la administración de cualquier vacuna que se está suministrando.

Doy permiso para compartir los registros de inmunización de mi hijo(a), incluyendo aquellos proporcionados a la(s) Escuela(s) con el Registro de Inmunización de Wisconsin y mi Proveedor de Inmunización con el propósito de mantener un registro completo y preciso para ayudar a asegurar una inmunización completa. Marque aquí si no da su permiso

X Firma: _____ Fecha: _____

Office use only					
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					
Rotavirus					
Smallpox					
Varicella					
Signature and Title – Person Administering Vaccine: _____ Date: _____					