

FORMULARIO DE VACUNACIÓN

Atención: Las siguientes preguntas aplican solamente a la persona que va a recibir vacunas hoy. Si no entiende alguna pregunta por favor pida ayuda al personal. ¡POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE!

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 (Apellido) (Nombre) (Inicial)

	SI	NO	NO SE
1. ¿Está usted enfermo hoy? (<i>Are you sick today?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es Ud. alérgico a medicinas [remedios], cualquier tipo de vacuna, latex, levadura, huevos, gelatina, alumbre ó cualquier otro preservativo? (<i>Allergies?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido Ud. alguna reacción seria después de haber sido vacunado anteriormente? (<i>Serious reaction to previous vaccine?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido Ud. Alguna vez un ataque de convulsiones o Syndrome de Guillain-Barré? (<i>History of seizure/ GBS?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Usted o alguna persona que vive o tiene contacto con usted tiene cancer, leusemia, SIDA u otro problema con el sistema inmunologico? (<i>Immune compromised person or contact?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ud. o alguna persona que vive o tiene contacto fisico cercano con Ud. ha tomado cortisona, rednisona, u otros esteroides, medicinas contra el cancer o tratamientos con rayos X en los ultimos 3 meses? (<i>Immune suppressive therapy in past 3 months?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Durante el año pasado ¿Ha recibido Ud. una transfusión de sangre o plasma, o le han dado una medicina llamada globulina inmune? (<i>Blood transfusion or immune globulin in the past year?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido usted algún problema de salud como asma, enfermedad de los pulmones, enfermedad del corazón, enfermedad de los riñones, como diabetes o un desorden de la sangre? (<i>Long-term health problems?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha sido vacunado usted durante las últimas cuatro semanas? (<i>Vaccines in past 4 weeks?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha estado usted enfermo con viruela [varicela]? ¿Cuándo? _____ (<i>Chicken pox disease? When?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Para bebés entre 8 y 32 semanas de edad: ¿Su bebé nació prematuro? (<i>premature?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Para niños mayores de 2 años de edad: ¿Le a dicho un médico que su niño/a tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses? (<i>wheezing/asthma?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Para niños de 5 años de edad: ¿Sufre su niño/a de alguna condición médica crónica? (<i>chronic medical condition?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Para mujeres de 12 años de edad o mayores: ¿Es posible que Ud. esté embarazada o pueda quedar embarazada en los próximos tres meses? (<i>Pregnant or planning pregnancy?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡Traiga la cartilla de vacunas cada vez que venga al Departamento de Salud o con su doctor!
Pregunte a su médico con que frecuencia se recomienda hacerse exámenes físicos.

¡LOS ADULTOS TAMBIÉN NECESITAN VACUNARSE! ¿Á recibido usted un refuerzo de la vacuna de tétanos en los últimos 10 años?

He leído y completado este formulario y he contestado todas las preguntas de acuerdo a mi conocimiento. Pido que la persona nombrada arriba sea vacunada.

Fecha

Firma

(La firma de los Padres o del Tutor Legal es requerida para las personas menores de 18 años.)

Enfermera de Salud Pública Revisando el Historial

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

La información anotada en este formulario se usará como documento para autorizar recibo de vacuna(s). La información puede compartirse, a través del registro de Wisconsin con otros centros de salud que atiendan al paciente para asegurar que esté completo su programa de vacunas. La información anotada en este formulario es voluntaria y el Número de Seguro Social lo usará el padre(madre) o guardián para tener acceso al Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR).

<p>NUMERO DE EXPEDIENTE</p>	
<p>Apellido, Nombre, Inicial del paciente</p>	
<p>Apellido y nombre de soltera de la madre</p>	
<p>Dirección</p>	
<p>P. O. Box</p>	
<p>Ciudad</p>	<p>Condado</p>
<p>Dirección Email (si tiene)</p>	<p>Teléfono de la casa ()</p>
<p>Número de Seguro Social</p>	<p>Estado</p>
<p>Raza (marque una)</p>	<p>Código</p>
<p><input type="checkbox"/> Africano-americano <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático</p>	<p>Teléfono del trabajo ()</p>
<p><input type="checkbox"/> Hawaiian / Isteño pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra</p>	<p>Extensión</p>
<p>Elegibilidad (Marque todo lo que aplique)</p>	<p>Estado o País de Nacimiento del paciente</p>
<p><input type="checkbox"/> Debe completar esta sección</p>	<p>Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p>
<p>Nombre del médico</p>	<p>Origen étnico (marque uno)</p>
<p>Nombre de Asegurador</p>	<p><input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino</p>
<p>Apellido, Nombre, Inicial del padre(madre) o guardián responsable del paciente</p>	<p><input type="checkbox"/> Africano-americano <input type="checkbox"/> Indio americano</p>
<p>Relación con el paciente</p>	<p><input type="checkbox"/> Elegible para Medicaid <input type="checkbox"/> Badger Care</p>
<p>¿Acepta compartir información vacunas con Wisconsin Immunization Registry (WIR)?</p>	<p>Escuela o guardería (si corresponde)</p>
<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Asegurado, cubre vacunas <input type="checkbox"/> Asegurado, no cubre vacunas</p>
<p>¿Permite llamada o recordatorio?</p>	<p>¿Se envía recordatorio o llamada a usted?</p>
<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>He recibido una copia y la lei o me explicaron la información de las enfermedades y vacunas que se darán. Tuve oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas solicitadas y pido que me pongan las vacunas arriba por quien tengo autorización de pedirías.</p>	
<p>Wisconsin Medicaid restringe enviar cuentas a los beneficiarios que tienen servicios cubiertos. Yo entiendo que si recibo Medicaid/BadgerCare, no me pueden cobrar por poner vacunas o pedir donación para poner las vacunas proporcionadas.</p>	
<p>FIRMA – Persona que recibe la vacuna o persona autorizada para firmar a nombre del paciente.</p>	<p>Fecha de firma</p>

X

Nombre del Paciente (Apellido, Primer Nombre y Inicial)

For Office Use Only (PARA USO DE OFICINA)

Vaccine	Route	Site Admin.*	Dose Number	Manufacturer	Lot Number	CDC Form Date
DTaP/DT	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5			07/30/01
Dtap-Hep B-IPV Combined	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			Use dates from DtaP, Hep B, Polio
Hep A	IM	RV LV RD LD	1 2			03/21/06
Hep B	IM	RV LV RD LD	1 2 3			07/11/01
Hib	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			12/16/98
Hib-Hep B Combined	IM	RV LV RD LD	1 2 3			Use dates from Hib and Hep B
HPV (Human papillomavirus)	IM	RV LV RD LD	1 2 3			09/05/06 - Okay to use per CDC OR 02/02/07
Influenza	IN**		1 2			Use latest Vaccine Info. Statement
Meningococcal Conjugate (MCV4)	IM	RV LV RD LD	1 2			10/07/05 (Interim) This version is not current
MMR	SQ	RV LV RD LD	1 2			01/15/03
MMR-V	SQ	RV LV RD LD	1 2			Use dates from MMR & Varicella
Pneumococcal Conjugate (PCV7)	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			09/30/02
Polio	IM or SQ	RV LV RD LD	1 2 3 4			01/01/00
Rotavirus	Oral		1 2 3			04/12/06 (Interim)
Td	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5 6			06/10/94
Tdap	IM	RV LV RD LD	1			07/12/06 (Interim)
Varicella	SQ	RV LV RD LD	1 2			01/10/07
Other		RV LV RD LD				

*RV=R Vastus Lateralis, LV=L Vastus Lateralis, RD=R Deltoid, LD=L Deltoid Subcutaneous injections are administered in the muscle "area". **IN = Intranasal

SIGNATURE AND TITLE - Person Administering Vaccine _____ Date Vaccine Administered _____

Address - Clinic, Public Health Department:

Comments: