



Departamento de Salud del Condado de Grant: Registro y Detección de la Administración de Vacunas

Nuevo Paciente ☐

Información recogida en este formulario serán utilizados para documentar la autorización de recepción de vacuna (s). Información puede ser compartida través del Registro Inmunización Wisconsin (WIR) con otros proveedores de salud directamente involucrados con el paciente asegurar complete el esquema vacuna. Información recogida en este formulario es voluntaria y la Número Seguro Social será utilizada por padre o tutor acceder al Registro Inmunización Wisconsin.

Nombre del Paciente: Apellido

Nombre

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: mes: _____ día: _____ año: _____ Genero: ☐ Masculino ☐ Hembra ☐ Otro

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Origen Etnico: ☐ Hispanico ☐ Non-Hispanico Raza: ☐ Afroamericano ☐ Amerindio ☐ Asiatico ☐ Blanco ☐ Otro

Estado del Seguro: ☐ Medicare ☐ Elegible para Medicaid ☐ Sin seguro médico ☐ Asegurado, vacunas NO cubierta ☐ BadgerCare
☐ Asegurado, Vacunas Cubiertas ☐ Nativa Americana o Nativa de Alaska

Número de seguro social

Número de miembro del seguro

Preguntas para la persona que recibe la vacuna	Si	No
1. ¿Estás enfermo hoy? (fiebre, tos, dificultad para respirar, náuseas/vómitos en las últimas 24 horas o en su período de aislamiento de la infección por COVID?)	☐	☐
2. ¿El paciente ha presentado alergias a medicamentos, alimentos o cualquier vacuna?	☐	☐
3. ¿En el pasado ha presentado una reacción seria a alguna vacuna?	☐	☐
4. ¿Ha presentado problemas de salud tales como asma, diabetes, del corazón o enfermedad del riñón, o algún trastorno de la sangre?	☐	☐
5. ¿Cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema immune?	☐	☐
6. ¿Convulsiones, el cerebro u otros problemas del sistema nervioso?	☐	☐
7. ¿Ha recibido alguna vacuna en las ultimas 4 semanas?	☐	☐
8. ¿Cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o tratamientos de radiación?	☐	☐
9. ¿Transfusión de sangre o globulina inmune (gamma) durante el año pasado?	☐	☐
10. ¿Para las mujeres: Está embarazada o con posibilidad de embarazo en el próximo mes?	☐	☐

***Si respondió SÍ a cualquiera de estas preguntas, es posible que no reciba su vacuna hoy.** Me han dado una copia y he leído, o me han explicado, la hoja informativa sobre vacunas para receptores y cuidadores. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de recibir una vacuna. Doy mi consentimiento para recibir la vacuna en un lugar público. Se me ha informado del momento apropiado en que se espera que me controlen las reacciones posteriores a la vacunación en función de mis factores de riesgo. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna solicitada y pido que me la den.

Nombre de Medico/Clinica – Proveedor de Seguro _____ Escuela: _____ ☐ SI ☐ NO ¿Se permite un recordatorio o una llamada de atención?

Firma: _____ Fecha: _____ ☐ SI ☐ NO ¿Le gustaría recibir un recordatorio para la vacuna?

Menor (menor de 18 años) que recibe la vacuna: DEBE tener el consentimiento del padre o tutor legal:

(Padre o tutor legal) _____ Fecha: _____ ☐ Written ☐ Verbal

Vaccine	Route	Site Admin*	Dose Number	Expiration	Lot Number	VIS Date
COVID-19 Moderna (24-25)	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5			1/31//2025
DTP/aP (Dtap)- Infanrix	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5			8/6/2021
DTP/aP (Dtap-IPV) Kinrix	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5			8/6/2021
DTP/aP (Dtap-IPV-Hep B-HIB) Vaxelis	IM	RV LV RD LD	1 2 3			8/6/2021
Hep A Havrix	IM	RV LV RD LD	1 2			1/31/2025
Hep B Recombivax	IM	RV LV RD LD	1 2 3			1/31/2025
Hib ACTHib	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			8/6/2021
HPV Gardasil 9	IM	RV LV RD LD	1 2 3			8/6/2021
Influenza Fluzone OR FlumMist	IM	RV LV RD LD	1 2			8/6/2021
Menquadfi Or Penmenvy	IM	RV LV RD LD	1 2			1/31/2025
MMR MMR II	SQ	RV LV RD LD	1 2			1/31/2025
MMRV Proquad	SQ	RV LV RD LD	1 2			1/31/2025
Pertussis/Tdap Boostrix	IM	RV LV RD LD	1			1/31/2025
Pneumococcal (PCV15) Vaxneuvance	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			5/29/2025
Polio IPOL	IM/SQ	RV LV RD LD	1 2 3 4			1/31/2025
Rotavirus	Oral	Oral	1 2 3			10/15/2021
RSV (Less than 11 Pounds) Beyfortus	IM	RV LV RD LD	1			10/19/2023
RSV (11 pounds or more) Beyfortus	IM	RV LV RD LD	1			10/19/2023
Varicella Varivax	SQ	RV LV RD LD	1 2			1/31/2025
COVID-19 ADULT Spikevax 24-25	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5			1/31/2025
Hep A- ADULT Havrix Private	IM	RV LV RD LD	1 2			1/31/2025
Hep B- ADULT Heplisav Private	IM	RV LV RD LD	1 2			1/31/2025
Hep A- ADULT Havrix VFA	IM	RV LV RD LD	1 2			1/31/2025
Hep B- ADULT Energix B - VFA	IM	RV LV RD LD	1 2			1/31/2025
HPV- ADULT Gardasil 9 VFA	IM	RV LV RD LD	1 2 3			8/6/2021
Influenza- ADULT Flulaval/Flublock/HD	IM	RV LV RD LD	1			8/6/2021
MMR- ADULT MMR II VFA	SQ	RV LV RD LD	1 2			1/31/2025
TDAP- ADULT Boostrix VFA	IM	RV LV RD LD	1			1/31/2025

*RV = R Vastus Lateralis, LV = L Vastus Lateralis, RD = R Deltoid, LD = L Deltoid SQ=Subcutaneous

SIGNATURE/TITLE OF PERSON(S) ADMINISTERING VACCINE	Date Vaccine Administered	Date Vaccine Information Statements Presented	
--	---------------------------	---	--