

Registro de Vacunación

La información en este documento será utilizada para autorizar la vacunación. La información estaría compartido por el Registro de Inmunización de Wisconsin (WIR) con los centros medicos cuales son involucrados directamente con el paciente para asegurar el cumplimiento de su plan de vacunación. La información en este formulario es ofrecido voluntariamente y el Número de Seguro Social será utilizado por los padres o custodios para acceder al Registro (WIR).

Nombre del Paciente: (Apellido[s], Nombre, Segundo Nombre)		Fecha de Nacimiento:		
Nombre del Padre o Custodio del Paciente:		Relación con el Paciente:		
Nombre de Soltera de la Madre: (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		Número de Seguro Social del Paciente:		
Dirección:		Ciudad:		
Estado:	Código Postal:	¿Autoriza usted compartir esta información con el Registro de Inmunización de Wisconsin (WIR)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Número Telefónico:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Autoriza un recordatorio telefónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Raza: (Seleccione uno) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Amerindio o Nativo Alaskeño <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro		Etnicidad (Seleccione uno): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro		
Estatus de Elegibilidad (Seleccione los Pertinentes): <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Badger Care <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Número de Medicare _____ <input type="checkbox"/> Asegurado, Vacunas Excluidas <input type="checkbox"/> Asegurado, Vacunas Incluidas <input type="checkbox"/> Sin Seguro Médico				
Responde a las siguientes preguntas para la persona quien será vacunada el día de hoy:		Sí	No	Inseguro
1. ¿Se encuentra enfermo hoy?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Padece de alergias a medicamentos, comidas, componentes de vacunas o látex?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sufrido alguna reacción grave a alguna vacuna, incluyendo la vacuna intranasal contra la influenza (FluMist)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Usted, su hermano/a, o un padre ha sufrido alguna convulsión u otro problema cerebral o del sistema nervioso?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Padece de cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez durante los últimos 3 meses, ha tomado algún medicamento que debilita al sistema inmunológico como la cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamentos contra el cáncer, o ha recibido radioterapia?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez durante el último año ha recibido una transfusión de sangre o hemoderivados, inmunoglobulina (gama), o medicamento antivírico?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene algún problema de salud del corazón, los pulmones, los riñones, el hígado, alguna enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), enfermedad neurológica o neuromuscular, asma, anemia o alguna otra enfermedad de la sangre?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Si la persona que se va a vacunar es un niño de 2 a 4 años, en los últimos 12 meses, ¿algún profesional médico expresó que el niño tenía sibilancia o asma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Está embarazada o podría embarazarse durante las próximas 4 semanas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha recibido alguna vacuna durante las últimas 4 semanas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Está recibiendo terapia de aspirina o terapia que contenga aspirina?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Si la persona que se va a vacunar es un niño menos que 1 año, ¿le dijeron alguna vez que el niño ha tenido intususcepción?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Tiene alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna contra la influenza?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Alguna vez ha padecido del síndrome de Guillain-Barré?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Vive, o espera tener contacto cercano, con alguna persona cuyo sistema inmunológico está gravemente comprometido y necesita permanecer bajo aislamiento protector?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me ha recibido todas las Hojas de Información Sobre las Vacunaciones y se me ha explicado la información acerca de la(s) enfermedad(es) y vacuna(s) que recibiré. Tuve la oportunidad de formular preguntas que me fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s) solicitada(s) y pido que la(s) vacuna(s) sea(n) dada(s) a mí o a la persona nombrada por quien soy autorizado para hacer esta petición. El Medicaid de Wisconsin restringe la facturación de sus beneficiarios por cualquier servicio cubierto. Entiendo que si soy un beneficiario de Medicaid o Badger Care, nadie me puede exigir una tasa administrativa, ni pedir una donación para la administración de cualquier vacuna provista por el Estado. Estoy de acuerdo que si recibo beneficios de Medicare, Medicare podría ser facturado por este servicio. ★				
Firma — La persona que recibirá la vacuna o la persona autorizada para firmar para el paciente.			Fecha:	