## **RÉCORD DE ADMINISTRACCION DE VACUNAS**

La información colectada en este formulario será utilizada para documentar autorización para recibir vacunas. La información puede ser compartida por medio del Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR) y con otros proveedores de salud para asegurar que las vacunas requeridas sean aplicadas en la edad apropiada. La información colectada en este formulario es voluntaria y el número de seguro social será utilizado por el padre o tutor para acceder al Registro de Inmunizaciones de Wisconsin

Nombre del paciente (Apellido, Nombre, Inicial)					(Incluir apellido de soltera/otro nombre)			Apellido de soltera de la Madre (Apellido, Nombre, Inicial)		
Dirección (PO Box)								Numero de teléfono		
Ciudad		Condado Es	stado	Código	Postal	Dirección de er	mail:	]( )	País/Estado de na	cimiento del paciente
Numero de seguro social		Fecha de nacimiento (mes/día/año)			Género			Identidad Étnica		
Raza (Elegir una)				☐ Hombre ☐ Mujer		Nom	☐ Hispano ☐ No hispano/latino  Nombre de escuela (si aplica)			
☐ Afroamericano ☐ Indígena Americana o Indígena de Alaska		☐Asiático/a ☐ Indígena Hawaia Isleño del Pacífico			o 🔲 🗆 Otro Anglo			io) bioboco ob ord	арпоа)	
Estado de elegibilidad		☐ Indígena Americana	Badger Care				☐ Asegurado/a, Vacunas cubiertas			
(Marcar todos que apliquen) Hay que completar esta sección.		Calificado/a para Medica		□ No Seguro Medico			Asegurado/a, Vacunas no cubiertas			
Nombre de Médico/Clínica		Nombre de Proveedor						¿Se permite un recuerdo de contacto?		
Nombre de Padre o Tutor responsable para el paciente		(Apellido Nombre Inicial)	Relación al paciente				☐ Si ☐ No ¿Le gustaría un recuerdo mandado a usted?			
	g sported, Mothoro, Inicial)			iveiacion al paciente			Si No			
-He recibido una copia y he leído que fueron contestadas a mi sati cual estoy autorizado/a para hac	sfacción. Yo en									
-Recipientes de Medicaid de Wis o pedir alguna donación por cual			Yo entiendo o	que si yo s	oy recipien	te de Medicai	id/Badge	rCare, me pued	en cobrar un pago	de administración
-Yo doy permiso para compartir l proveedor de inmunizaciones col permiso.										
FIRMA- Persona que recibirá la vacun	nte.					Fecha Firmada				
PARA USO OFI	CIAL	* RV=R Vastus Lateral	is, LV=L Vas	tus Lateral	lis, RD=R D	eltoid, LD=L S	Subcutan	eous injections a	are administered in	the muscle "area".
Vaccine	Route	Site Admin*	Dose Nu	mber	Manufact	turer	Lot	Number	Exp Date	CDC Form Date
DTaP (Infanrix)	IM	RV LV RD LD	1 2 3	4 5	GSK					8/06/21
DTaP-IPV Combined (Kinrix)	IM	RV LV RD LD	1 2 3	4	GSK					Use dates from DTaP,Polio
DTaP-HepB-IPV Combined (Pediarix)	IM	RV LV RD LD	1 2 3	4	GSK					Use dates from DTaP,HepB,Polio
Hepatitis A	IM	RV LV RD LD	1 2		GSK			V == = =		10/15/21
Hepatitis B	IM	RV LV RD LD	1 2 3		GSK					10/15/21
Hib	IM	RV LV RD LD	1 2 3	4	SP					8/06/21
HPV (Gardasil / Gardasil 7) (Human Papillomavirus)	IM	RV LV RD LD	1 2 3		Merck	(				8/06/21
Meningococcal Conjugate (MVC4)	IM	RV LV RD LD	1		SP					8/06/21
MMR	SQ	RV LV RD LD	1 2		Merck	<				8/06/21
MMRV (MMR & Varicella)	SQ	RV LV RD LD	1 2		Merc	(				8/06/21
Pneumococcal Conjugate (PCV13) (Prevnar)	IM	RV LV RD LD	1 2 3	4	Wyeti	n				2/04/22
Polio	IM or SQ	RV LV RD LD	1 2 3	4	SP					8/06/21
Rotavirus	Oral	Oral	1 2 3		Merc	<				10/15/21
Td (Tenivac)	IM	RV LV RD LD	1 2 3	4 5	SP					8/06/21

Signature & Title - Person Administering Vaccine
Staff Nurse

Tdap (Boostrix)

Other

Varicella (Chickenpox)

IM

SQ

Grant County Health Department - 111 South Jefferson Street - Lancaster, WI 53813

RV LV RD LD

RV LV RD LD

RV LV RD LD

1

1 2

1 2 3 4

RN Date Vaccine Administered BSN

**GSK** 

Merck

PHONE: (608) 723-6416

MultiVaccine Form Used

8/06/21

8/06/21