

- Urgent Copied for MA Billing
 Posted R.C. Employee Billing List
 No Part B Copied for Employer Billing

**DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA DEL
 CONDADO DE ROCK
 REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS**

La información anotada en este formulario se usara 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 este completo su programa de vacunas. La información anotada en este formulario es voluntaria y el Numero de Seguro social lo usara el padre (madre) o guardián para tener acceso al Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR)

Apellido, Nombre, Inicial del paciente		Apellido y nombre de soltera de la madre		
Dirección	Ciudad	Condado	Estado	Código
Teléfono	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza (marque una) <input type="checkbox"/> Africano-americano <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiian/Isleño pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra			Origen étnico (marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	
Número de Seguro Social (Opcional - Este es necesario para que usted tenga acceso a su registro o el registro de su hijo en el Registro de Vacunación de Wisconsin)				
Nombre del médico		Nombre del clínica		
Elegibilidad. Debe completar esta sección. <input type="checkbox"/> Asegurado, cubre vacunas <input type="checkbox"/> Badger Care ID# _____ <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Medicare (completar sección de Medicare abajo) <input type="checkbox"/> Asegurado, no cubre vacunas <input type="checkbox"/> Sin seguro médico <input type="checkbox"/> Elegible para Medicaid <input type="checkbox"/> Empleado del Condado de Rock/Familiar				
<u>BADGER CARE/MEDICARE RECIPIENTS:</u> Al firmar abajo, autorizo la divulgación de la información médica y otra información necesaria para procesar esta reclamación. También solicito el pago de beneficios gubernamentales o beneficios medicas al Departamento de Salud Pública del Condado de Rock.				
Medicare Claim #	Suplementarios Nombre	Suplementarios ID #	Suplementarios Group #	Suplementarios Phone #
Solo Menores: Apellido, Nombre, Inicial del padre (madre) o guardián responsable del paciente			Relación con el paciente	
<p>He recibido una copia con la información y la he leído o me han explicado la información sobre la enfermedad(es) y la vacuna(s) que voy a recibir. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna(s) solicitada y pido que me pongan la vacuna(s) a mi o a la persona nombrada arriba para quien yo estoy autorizado a hacer esta petición.</p> <p>El Medicaid de Wisconsin restringe facturar a los beneficiarios por cualquier servicio(s) cubierto. Entiendo que si soy un beneficiario de Medicaid/BadgerCare, no me pueden cobrar uno cuota por la administración de la vacuna o pedirme cualquier tipo de donación por la administración de ninguna de las vacunas que se proporcionen.</p> <p>Doy permiso para compartir los registros de inmunizaciones de mi hijo incluso los proporcionados a la escuela(s) a través del Wisconsin Immunization Registry y de mi Proveedor de Inmunización con el propósito de mantener un registro completo y preciso que ayude a garantizar la inmunización completa. Marque aquí solo si no da su permiso. <input type="checkbox"/></p>				
FIRMA - persona que recibe la vacuna o persona autorizada para firmar a nombre del paciente.			Fecha de firma	

Patient's Name (Last, First)

FOR OFFICE USE

Vaccine	State or Purchased	Refused Vaccine	Route	Site Admin. *	Dose Number	Manufacturer	Lot Number	VIS Form Date ✱
<input type="checkbox"/> DTap	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5			4/1/20 (DTap), 4/1/20 (Multi)
<input type="checkbox"/> DTap - Hep B - IPV (Pediarix)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1 2 3	GSK		4/1/20 (DTap), 8/15/19 (Hep B), 10/30/19 (Polio), 4/1/20 (Multi)
<input type="checkbox"/> DTap - IPV (Kinrix)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1	GSK		4/1/20 (DTaP), 10/30/19 (Polio)
<input type="checkbox"/> DTap - IPV - Hib (Pentacel)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4	Sanofi		4/1/20 (DTap), 10/30/19 (Hib), 10/30/19 (Polio), 4/1/20 (Multi)
<input type="checkbox"/> Hep A	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1 2			7/28/20 (Hep A)
<input type="checkbox"/> Hep B	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			8/15/19 (Hep B), 4/1/20 (Multi)
<input type="checkbox"/> Hep A - Hep B (Twinrix)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1 2 3	GSK		7/28/20 (Hep A), 8/15/19 (Hep B)
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4			10/30/19 (Hib), 4/1/20 (Multi)
<input type="checkbox"/> HPV (Human papillomavirus)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1 2 3	Merck		10/30/19 (HPV-Gardasil 9)
<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1 2			8/15/19
<input type="checkbox"/> Meningococcal Conjugate (MCV4)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1 2	Sanofi		8/15/19 (Meningo)
<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	SQ	RV LV RD LD	1 2	Merck		8/15/19 (MMR)
<input type="checkbox"/> MMR - Varicella (Proquad)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	SQ	RV LV RD LD	1 2	Merck		8/15/19 (MMRV)
<input type="checkbox"/> Pneumococcal Conjugate (PCV13)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4	Wyeth		10/30/19 (Pneumo), 4/1/20 (Multi)
<input type="checkbox"/> Pneumovax 23	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1			10/30/19 (Pneumovax)
<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	SQ	RV LV RD LD	1 2 3 4	Sanofi		10/30/19 (Polio), 4/1/20 (Multi)
<input type="checkbox"/> Rotavirus	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	Oral		1 2 3			10/30/19 (Rota)
<input type="checkbox"/> Shingles (Shingrix)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1 2			10/30/19 (Shingles)
<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1 2 3			4/1/20 (Td)
<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	IM	RV LV RD LD	1			4/1/20 (Tdap)
<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>	SQ	RV LV RD LD	1 2	Merck		8/15/19 (Varicella)
<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/>						

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

✱ Use most current Vaccine Information Statement (VIS) or if appropriate use the Multi Vaccines Information Statement (VIS).

SIGNATURE AND TITLE - Person Administering Vaccine _____ Date Vaccine Administered and VIS offered _____

CLINIC SITE: North Office South Office Other _____

Rock County Health Department
3328 US Hwy 51 North, Janesville 61 Eclipse Center, Beloit

Cuestionario/Evaluación para las Vacunas Generales

Las siguientes preguntas nos ayudaran a determinar cuáles vacunas se podrán proporcionar hoy. Si una pregunta no es clara, favor de preguntarle a la enfermera que se la explique.

Favor de firmar la forma después de llenarla	Sí	No	No lo sé
La persona que recibirá la vacuna hoy:			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene cualquier síntoma de enfermedad ahorita? 			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene alergias a medicamentos, comida (incluyendo huevos) o alguna vacuna? 			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha tenido alguna reacción grave en el pasado con alguna vacuna? 			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene asma, enfermedades pulmonares, enfermedades del corazón, enfermedades de los riñones, enfermedades metabólicas (por ejemplo diabetes), anemia u otro desorden sanguíneo? 			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene cancer, leucemia, AIDS, o algun otro problema con el sistema inmunológico? 			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene historial de convulsiones, el cerebro u otros problemas del sistema nervioso usted o su familia inmediata? 			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha tomado cortisona, prednisona, otros esteroides, medicamentos contra el cancer o ha tenido tratamientos de radiación durante los pasados 3 meses? 			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha recibido transfusion de sangre, productos de sangre, o se le dio una medicina llamada inmunoglobulina (gamaglobulina) o una droga antiviral durante el año pasado? 			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay posibilidad que la persona recibiendo la vacuna este embarazada o que se pueda embarazar durante el próximo mes? 			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Vive o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunológico está gravemente comprometido y debe estar en aislamiento protector? 			
La persona que recibirá la vacuna hoy:			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna vez tuvo un brote de herpes en el pasado? 			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha recibido vacunas durante las 4 semanas pasadas? 			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré? 			

Cuestionario llenado por: _____ Fecha: _____

Cuestionario revisado por: _____ Fecha: _____

(RCHD Staff)

¿Trajo su cartilla de vacunación? Sí No

Es importante tener constancia personal de vacunaciones de su niño. ¡Si no tiene una cartilla de vacunación, pídale a su proveedor médico que le de una! Tráigala con usted cada vez que su niño vaya por cuidado médico. Asegúrese que su proveedor médico apunte todas las vacunas en ella.