#  Registro de Vacunas de Wisconsin

# Record de Administración de Vacunas

La información de este formulario se mantendrá para demostrar que usted está de acuerdo con vacunar a su hijo (a). Esta información se guardará en una base de datos computarizada llamada WIR. Su médico, la escuela y el departamento de salud tiene acceso. No es necesario que provea toda esta información. Por favor déjenos saber si tiene alguna pregunta.

Apellido:       Nombre:       Segundo Nombre:

Si es menor de edad, ¿es usted el padre/madre o tutor? [ ]  Si [ ]  No

Fecha de Nacimiento: mes       día       año

Número de Seguro Social (opcional):       (se usa para buscar su record)

Sexo: [ ]  Masculino [ ]  Femenino

Etnicidad: [ ]  Hispano/a [ ]  No-Hispano/a

Raza: [ ]  Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska [ ]  Asiático/a [ ]  Negro/a o Afro-americano/a

 [ ]  Nativo de Hawái u otra Isla del Pacifico [ ]  Blanco/a [ ]  Otra

Apellido de soltera (apellido antes del matrimonio) y nombre de la madre:       ,

Si es menor de edad, apellido de la persona responsable:       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:       P.O. Box:

Ciudad:       Estado:       Código Postal:

Teléfono:

Correo Electrónico:

¿Le gustaría recibir recordatorios? [ ]  Sí [ ]  No

¿Tiene seguro de salud? [ ]  Sí [ ]  No

Si tiene, ¿qué tipo de seguro? [ ]  Badger Care

 [ ]  Asistencia Médica

 [ ]  Medicare

[ ]  Seguro de salud, pero las vacunas no están cubiertas

[ ]  Seguro de salud y las vacunas están cubiertas

[ ]  Nativo(a) Americano(a) / Nativo(a) de Alaska

He leído, o alguien me ha explicado la información sobre enfermedades y las vacunas que yo/mi hijo(a) recibirá hoy. He podido hacer preguntas y obtener respuestas. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas. Por favor vacúneme a mi o a mi hijo(a).

Firma: Fecha: