



Public Health
Prevent. Promote. Protect.
Door County

Salud Pública del Condado de Door – CONSENTIMIENTO DE VACUNAS Y REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN/FACTURACIÓN

Salud Pública del Condado de Door conservará este registro en sus archivos médicos y lo ingresará en el Registro de Inmunización de Wisconsin (WIR).

Información de la PERSONA QUE RECIBIRÁ la vacuna (escriba con letra clara)

Nombre del paciente		Sexo	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección de correo		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono				

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (MARQUE SÍ O NO)

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay alguna razón por la que no deberíamos administrarle a usted o a su hijo(a) la vacuna(s). Si su respuesta es "sí", no significa necesariamente que usted (o su hijo(a)) no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, por favor pregúntenos.

	Sí	No
1. ¿La persona que se va a vacunar está enferma hoy?	☐	☐
2. ¿La persona que se va a vacunar es alérgica a los huevos o algún componente de la vacuna?	☐	☐
3. ¿La persona que se va a vacunar tuvo alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la influenza en el pasado?	☐	☐
4. ¿La persona que se va a vacunar tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	☐	☐
5. ¿La persona que se va a vacunar ha recibido alguna vacuna en los últimos 2 meses?	☐	☐

Estoy solicitando las siguientes vacunas: ☐ Influenza ☐ Influenza Dosis Alta (años 65+) ☐ COVID-19

He leído o me han explicado la información sobre la enfermedad(es) y la vacuna(s). Tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna(s) y solicito que se me administre la vacuna(s) a mí o a la persona nombrada arriba para quien estoy autorizada a hacer esta solicitud.

FIRMA de la persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para firmar en nombre del paciente y consentimiento para someterse al seguro, si corresponde. X	RELACIÓN:	FECHA DE LA FIRMA:
--	-----------	--------------------

Se acepta Medicaid/BadgerCare+, Medicare Parte B (sin un plan advantage), planes Medicare Advantage de Wisconsin: solo United Healthcare y Humana, seguros comerciales de Wisconsin: solo Common Ground y United Healthcare, o efectivo/cheque.

Uso exclusivo de oficina (Office Use Only)

Check the box that applies and provide insurance member ID # where applicable:

- ☐ Paying by cash or check: ☐ Influenza \$50 ☐ High Dose Influenza (65+) \$98 ☐ COVID-19 \$165
Amount \$: _____ Check #: _____
- ☐ Medicaid/Forward Health – Member ID #: _____
and/or BadgerCare+ HMO Name/Member ID #: _____ / _____
- ☐ Medicare Part B – Member #: _____ - _____ - _____ / State: _____
- ☐ WI Medicare Advantage – Member ID #: _____ ☐ Humana ☐ United Healthcare
- ☐ WI Commercial Insurance – Member ID #: _____ ☐ Common Ground ☐ United Healthcare

**Salud Pública del Condado de Door – CONSENTIMIENTO DE VACUNAS
Y REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN/FACTURACIÓN**

Uso exclusivo de oficina (Office Use Only)

Clinic Location:	ADRC	Sister Bay	Washington Island	Midwest Wire
	Public Health	Justice Center	Home Visit	

Vaccine <i>Highlight vaccine(s) patient is requesting</i>	Route	Site	Manufacturer	Lot Number
INFLUENZA VIS date 1-31-2025	IM	LD, RD	GSK, SP	
HIGH DOSE INFLUENZA (Ages 65+ only) VIS date 1-31-2025	IM	LD, RD	SP	
COVID-19 VIS date 1-31-2025	IM	LD, RD	Pfizer	

Vaccine Administrator (and Credentials) _____ Date _____

Door County Public Health
421 Nebraska St.
Sturgeon Bay, WI 54235