JEFFERSON COUNTY HEALTH DEPARTMENT-VACCINE(S) ADMINISTRATION FORM

The purpose of this form is to document authorization to vaccinate. Information may be shared with other health care providers directly involved with the client to insure a complete vaccine schedule. I have been given a copy of the HIPAA notice of privacy practices and VIS form and have read, or have had explained to me, information about the disease(s) and vaccine(s) checked below. I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and risks of the requested vaccines and ask that the vaccine(s) checked below be given to me or to the person named below for whom I am authorized to make that request. If applicable, I authorize the Jefferson County Health Department to bill and receive direct payment from Medical Assistance for services received at the Health Department.

__DTaP __IPV __Hib __Hep A __Hep B __Rota __MMR __Var __PCV13 __Pneumo23 __Td __Tdap __Meningo __Meningo B __HPV __Infl

For internet access to records, provide **SS#** _____ **Medicare/BadgerCare #**_____

Circle one: Insurance, vaccine coverage Insurance, no vaccine coverage No insurance Medical Assistance/Badgercare Native American Medicare

Name_____ _____ _____ **DOB** _____ **Age**_____ **Male / Female**
Last **First** **Mid. Initial**

Address _____ **City** _____ **State** _____ **County** _____ **Zip**_____

Telephone (_____)_____ **Mother's First & Last Name** _____ **Physician**_____

Circle one **Race:** African American Asian Pacific Islander Caucasian Native American **Ethnicity:** Hispanic Non Hispanic

1. Does the person receiving vaccines have allergies to any foods or medications? **Yes** **No** If yes, explain_____

2. Has the person receiving vaccines ever had a bad reaction to vaccines in the past? **Yes** **No** If yes, explain_____

3. Has the person receiving vaccines had any signs of illness in the past 24 hours? **Yes** **No** If yes, explain_____

4. Does the person receiving vaccines have any medical conditions (asthma, seizures)? **Yes** **No** If yes, explain_____

5. Has the person receiving vaccines had any other vaccines in the past 4 weeks? **Yes** **No** If yes, explain_____

6. Is there any chance that the person receiving vaccines is pregnant? **Yes** **No**

Signature _____ **Print Name** _____ self parent guardian **Date** _____

VACCINE	ROUTE	SITE	DOSE	MAN/EXP	LOT #	SIGN/TITLE	VIS
DTaP	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5 P K				8/24/18 11/5/15
IPV	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 P K				7/20/16 11/5/15
HIB	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 P				4/2/15 11/5/15
HEP A	IM	RV LV RD LD	1 2 3 T				7/20/16
HEP B	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 T P				8/5/19 11/5/15
ROTAVIRUS	PO		1 2 3				2/23/18
MMR	SC	RV LV RD LD	1 2				8/5/19
VARICELLA	SC	RV LV RD LD	1 2				8/5/19
PCV13	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5				11/5/15
PNEUMO 23	IM	RV LV RD LD	1 2				4/24/15
Td/Tdap	IM	RV LV RD LD	1 2 3				4/11/2017 2/24/15
MENINGO	IM	RV LV RD LD	1 2				8/5/19
MENINGO B	IM	RV LV RD LD	1 2				8/5/19
HPV	IM	RV LV RD LD	1 2 3				12/02/16
INFLUENZA	IM	RV LV RD LD	1 2				8/7/15

R/L = right/left V = vastus lateralis D = deltoid P = Pediarix (DTaP + IPV + Hep B) or Pentacel (DTaP + Hib + IPV) T = Twinrix (Hep A + B) K = Kinrix (DTaP + IPV)

Date Administered: _____ **Date VIS given:** _____ ☐ HIPAA Notice of Privacy Practices

COMMENTS:

JEFFERSON COUNTY HEALTH DEPARTMENT
1541 ANNEX RD
JEFFERSON, WI 53549

RECORD DE VACUNA(S) DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

El propósito del este formulario es documentar la autorización para recibir la(s) vacuna(s). La información se la puede compartir con otros proveedores del cuidado de salud para asegurar que se complete la serie de vacunas. He recibido una copia de las Prácticas de Privacidad y la(s) hoja(s) de información de la(s) vacuna(s) y he leído, o me han explicado la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) marcada(s) abajo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho/a con las contestaciones. Creo que entiendo los beneficios y riegos de esta(s) vacuna(s) y pido que den la(s) vacuna(s) indicada(s) a mí o a la persona nombrada abajo por la cual tengo autoridad de pedirla(s). Si aplica, autorizo al Departamento de Salud del Condado de Jefferson para cobrar y recibir el pago directo por parte de la Asistencia Médica por los servicios recibidos en el Departamento de Salud.

__DTaP __IPV __Hib __Hep A __Hep B __Rota __MMR __Var __PCV13 __Pneumo23 __Td __Tdap __Meningo __Meningo B __HPV __Infl

Para acceder a los registros de Internet, proporcione el numero social_____ **Medicare/BadgerCare#**_____

Marque con un círculo: Seguro médico paga vacunas Seguro no paga vacunas No se tiene seguro médico Asistencia médica/Badgercare Medicare

Nombre _____ _____ **Fecha de nacimiento**_____ **Edad** _____ **Masculino / Femenino**
Apellido Primer

Dirección _____ **Ciudad**_____ **Estado** _____ **Condado** _____ **Código Postal**_____

Teléfono (_____)_____ **Nombre completo de madre** _____ **Doctor** _____

Marque con un círculo: **Raza:** Afroamericano Asiático Isleño pacifico Blanca Nativo americano **Etnia:** Hispano No Hispano

1. ¿La persona que recibirá la(s) vacuna(s) tiene alergias a alguna comida o a algún tipo de medicamento? Sí No
2. ¿La persona que recibirá la(s) vacunas(s) alguna vez ha presentado una mala reacción a las vacunas que le aplicaron en el pasado? Sí No
3. ¿La persona que recibirá la(s) vacuna(s) presentó alguna señal de enfermedad en las últimas 24 horas? Sí No
4. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene alguna condición médica que le impida ser vacunada (asma, convulsiones)? Sí No
5. ¿Esta persona recibió alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? Sí No
6. ¿Hay alguna posibilidad de que la persona que recibirá la(s) vacuna(s) pueda estar embarazada? Sí No

Firma _____ **Nombre** _____ **Marque con un círculo**: yo mismo(a) padre/madre guardián **Fecha**_____

VACCINE	ROUTE	SITE	DOSE	MAN/EXP	LOT #	SIGN/TITLE	VIS
DTaP	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5 P K				8/24/18 11/5/15
IPV	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 P K				7/20/16 11/5/15
HIB	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 P				4/2/15 11/5/15
HEP A	IM	RV LV RD LD	1 2 3 T				7/20/16
HEP B	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 T P				10/12/18 11/5/15
ROTAVIRUS	PO		1 2 3				2/23/18
MMR	SC	RV LV RD LD	1 2				2/12/2018
VARICELLA	SC	RV LV RD LD	1 2				2/12/18
PCV13	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5				11/5/15
PNEUMO 23	IM	RV LV RD LD	1 2				4/24/15
Td/Tdap	IM	RV LV RD LD	1 2 3				4/11/2017 2/24/15
MENINGO	IM	RV LV RD LD	1 2				8/24/18
MENINGO B	IM	RV LV RD LD	1 2				8/9/16
HPV	IM	RV LV RD LD	1 2 3				12/02/16
INFLUENZA	IM	RV LV RD LD	1 2				8/7/15

R/L = right/left V = vastus lateralis D = deltoid P = Pediarix (DTaP + IPV + Hep B) or Pentacel (DTaP + IPV + Hib) T = Twinrix (Hep A + B) K = Kinrix (DTaP + IPV)

Date Administered _____ **Date VIS given** _____ ☐ HIPAA Notice of Privacy Practices

COMMENTS/ INTERPRETER:

JEFFERSON COUNTY HEALTH DEPARTMENT
1541 ANNEX RD
JEFFERSON, WI 53549

9/24/2019