

**Registro de inmunizaciones de North Carolina**  
**Organización: NORTH CAROLINA IMMUNIZATION REGISTRY**  
**Registro de administración de vacunas**

La información colectada en este formulario será utilizada para documentar la autorización para recibir la(s) vacuna(s). Esta información se puede compartir a través del Registro de inmunizaciones de North Carolina (NCIR) con otros proveedores de cuidado de la salud que tratan directamente al paciente, para asegurar que se complete el programa de vacunación. La información que se obtenga en este formulario es voluntaria.

**NÚMERO DE EXPEDIENTE**

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Edad actual	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo	Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-hispano	
Raza (Marque toda respuesta que aplique.) <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Otra raza	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido	Nombre de soltera de la madre (apellido, primer nombre)	
Nombre del padre/madre o tutor responsable por el paciente (apellido, primer nombre)		Relación con el paciente	
Dirección		Apdo. postal	
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (si corresponde)	Número telefónico de la casa	Número telefónico del trabajo	Extensión
¿Nos permite contactarlo con recordatorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Quisiera dicho recordatorio sea enviado a usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Yo/Designado como padre he recibido las "Declaraciones de Información Sobre las Vacunas" (VIS-por sus siglas en inglés) respecto las enfermedades y las vacunas. He tenido la oportunidad de revisar el VIS y de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas y pido que las vacunas mencionadas abajas sean administradas a mí o a la persona nombrada arriba por quien yo tengo la autorización de hacer esta solicitud.

FIRMA – Persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para firmar en nombre del paciente <b>X</b>	Fecha de la firma
--	-------------------

**FOR OFFICE USE ONLY**

Eligibility Status (Check only one.)       American Indian/Alaskan Native       Medicaid       Not Insured  
This section must be completed       Underinsured       NC Health Choice       Insured  
for children though age 18 given       Refusal to give information       Not applicable  
state-supplied vaccines.

Date Last Verified:

Vaccine	Trade Name	Lot #	VIS Pub. Date	Date VIS Presented	Body Route	Body Site*	mL.
DTP/aP					IM	RV LV RD LD	
HepB					IM	RV LV RD LD	
Hib					IM	RV LV RD LD	
MMR					SC	RV LV RD LD	
Pneumo Conjugate 7					IM	RV LV RD LD	
Polio						RV LV RD LD	
Varicella					SC	RV LV RD LD	
Other							

\*RV – Right Vastus Lateralis LV – Left Vastus Lateralis RD = Right Deltoid LD = Left Deltoid Subcutaneous injections are administered in the muscle "area".

SIGNATURE AND TITLE – Person Administering Vaccine	Date Vaccine Administered
--	---------------------------