



GRIPE SAZONAL FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE VACINA NA ESCOLA

Apelido (Escrever em letras maiúsculas) Nome		Segundo nome		Data de nascimento Mês ____ Dia ____ Ano ____		Masculino ____ Feminino ____	
Morada			Cidade		Estado		Código postal
Número de telefone			Email		Nome do seu médico de família		
Se for estudante, introduza o nome da escola que frequenta:					Ano		Idade
Raça: (marque uma ou mais) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Preto ou Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano Indiano ou do Alasca <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou de Outra Ilha do Pacífico <input type="checkbox"/> Outro _____							
Etnia: <input type="checkbox"/> Não Hispânica nem Latina <input type="checkbox"/> Hispânica ou Latina <input type="checkbox"/> Desconhecido							

INFORMAÇÃO SOBRE O SEGURO MEDICO

Indicar a companhia de seguro e a apólice ~ inclua todas as letras e

<input type="checkbox"/> Blue Cross & Blue Shield _____	<input type="checkbox"/> Tufts of Tufts/CareLink _____
<input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan of RI _____	<input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan of MA _____
<input type="checkbox"/> UnitedHealthcare N.º de identificação da subscrição _____ Grupo _____	
<input type="checkbox"/> Medicare _____	<input type="checkbox"/> Nenhuma das opções acima _____ <input type="checkbox"/> Sem seguro

TRIAGEM PARA ELEGIBILIDADE DA VACINA

Se responder “Sim” a qualquer questão de 1-4, não se poderá vacinar na escola. Contacte o seu médico para discutir opções.

1. Tem alguma alergia séria aos ovos?	SIM	NÃO
2. Já teve uma prévia reacção alérgica grave a uma dose de vacina contra a gripe que necessitou de assistência médica?	SIM	NÃO
3. Já teve polirradiculoneurite aguda (um tipo de fraqueza muscular forte e temporária) após a vacina contra a gripe?	SIM	NÃO
4. É alérgico(a) ao timerosal ou látex?	SIM	NÃO

Responda às seguintes questões APENAS se preferir vacina intranasal (FluMist - aprovada para pessoas entre 2 e 49 anos de idade)

5. Tomou alguma vacina (não apenas contra a gripe) nos últimos 30 dias?	SIM	NÃO
6. Tem asma, diabetes ou doenças respiratórias, cardíacas, nos rins, fígado, nervos ou de sangue?	SIM	NÃO
7. Encontra-se numa medicação que contem aspirina ou toma aspirina a longo prazo (aspirina diária)?	SIM	NÃO
8. Tem o sistema imunitário enfraquecido devido ao VIH, cancro ou medicamentos, tais como esteróides ou medicamentos para o tratamento contra o cancro, ou fica em contacto próximo de pessoa que necessita de cuidados num ambiente protegido?	SIM	NÃO

CONSENTIMENTO PARA A VACINAÇÃO NA ESCOLA

Por favor, verifique uma: Vacina Injecção Vacina FluMist (intranasal)

Respondi “NÃO” às questões de 1-4. Vi a Declaração de Informações sobre Vacinas no www.immunize.org ou li as informações impressas que obtive por telefonar para o Rhode Island Department of Health (401-222-5960). Compreendo as vantagens e riscos da vacina.

A vacina que indique será dada à pessoa cujo nome aparece acima. Estou autorizada a efectuar este pedido. Compreendo que posso rever a Notificação de Política de Privacidade no momento da vacinação.

Assinatura do pai/tutor/aluno(a) _____ Data _____

Apelido em letras maiúsculas _____ Nome em letras maiúsculas _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Date VIS Given:

VIS Date:

Vaccine <i>Influenza</i>	Date Given	Route IM <i>R L</i> <i>Intranasal</i>	Manufacturer	Lot No.	Signature of Vaccine Administrator
-----------------------------	------------	--	--------------	---------	------------------------------------