

REGISTRO DE ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS CONTRA GRIPE

Preencha as seções 1 e 2 abaixo, bem como o questionário no verso - Por favor providencie uma impressão nítida

1. Indivíduo a ser vacinado:

Nome: _____ Telefone: _____
SOBRENOME NOME NOME DO MEIO

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: Feminino Masculino

Você pesa menos de 59 quilos (130 pounds)? sim não

Cidade onde mora: _____

Endereço para correspondência: _____
CAIXA POSTAL OU ROTA RURAL CIDADE ESTADO CEP

Não tenho alergia a ovos de galinha, frango, penas de frango ou pelos; não sou alérgico a timerosal (um conservante à base de mercúrio); não tenho histórico de reações alérgicas graves a vacinas.

_____ Data: _____
Assinatura da pessoa que recebe a vacina ou
dos pais/responsáveis legais dessa pessoa, se tiver menos de 18 anos

CONSENTIMENTO PARA A VACINAÇÃO DE MENORES:

Li ou recebi explicação sobre a Declaração de Informações sobre a Vacina contra a Influenza 2020-2021 e compreendo os riscos e benefícios. Dou o meu consentimento para que meu filho/minha filha mencionado (a) neste formulário seja vacinado(a) com esta vacina e para que os organizadores da clínica compartilhem essas informações com o prestador de cuidados primários e a escola do meu filho/da minha filha. Pessoas menores de 18 anos não serão vacinadas sem que este consentimento esteja assinado.

Pediatra/Médico(a) do(a) menor: _____ Escola do(a) menor: _____

_____ Data: _____
Assinatura do Pai/da Mãe/do(a) Responsável Legal

2. Preencha esta seção se você tiver cobertura pelo Medicare Parte B ou outro seguro e assine novamente abaixo.

Número do Medicare: _____ Parte B? SIM NÃO

Outro seguro: _____ Número da apólice: _____

Dou permissão a esta agência e/ou ao Departamento de Saúde Pública de Massachusetts (Massachusetts Department of Public Health) para cobrar, em meu nome, do Medicare Parte B ou de minha outra seguradora pela vacina contra influenza.

_____ Data: _____
Sua assinatura

Preencha o questionário no verso →

Abaixo desta linha somente para uso da Clínica

Vaccine	Type of Vaccine	Date given mo/da/yr	Dose	Route	Site* RA - LA RT - LT	Vaccine		Information Statement		Vaccine Admin. Initials
						Lot # Exp. Date	Mfr	Date on VIS	Date Given	
Influenza	Flu	10/23/2021	0.5ml	IM				8/6/21 – Eng. 8/7/15 – Port.	10/23/21	

Signature of Vaccine Administrator

* Site given: RA = Right Arm, LA = Left Arm, RT = Right Thigh, LT = Left Thigh.