Portuguese

Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

6919 E 10th Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

Preencha os dados a seguir referentes à pessoa que está sendo vacinada:

Nome completo do paciente: Nome _____ Nome do Meio _____ Sobrenome: _____

Nome social (*se aplicável*): _____ **Profissão** (*se aplicável*): _____

N.º Telefone: (_____) - _____ - _____ **Data de nascimento:** _____ /_____/_____ **Idade:** _____ **Sexo** (atribuído no nascimento): □ F □ M

Pronomes: _____

Endereço para correspondência: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Raça: (marque todas as opções aplicáveis) □Índio americano/Nativo do Alasca □Asiático □Negro □Havaiano nativo/Ilhéu do Pacífico □Branco □Outro _____

Etnia: □ Hispânico/latino □ Não hispânico/latino **Nome completo do pai/mãe/tutor:** _____

Para estudantes: Nome da escola: _____ Nível escolar: _____

Situação em termos de seguro (marque a caixa apropriada)

□ SEM SEGURO

□ MEDICAID □ HHW □ HCC □ HIP □ CHIP Empresa: _____ N.º Medicaid: _____	□ MEDICARE N.º Medicare: _____ ID de membro / N.º de grupo (se aplicável): _____

□ SEGURO PRIVADO ou COMERCIAL (QUE NÃO SEJA O MEDICAID) *Anexe uma cópia do cartão ao formulário, se possível*
Empresa: _____ ID do Membro/Apólice: _____ N.º do Grupo: _____
Nome do titular da apólice: _____ Data de nascimento do titular da apólice: ____/_____/_____
Relação do titular da apólice com o paciente: _____

Perguntas de triagem de saúde para a pessoa que está sendo vacinada:	*(no) (yes)*
1. Está doente hoje?	□ Não □ Sim
2. Tem alergia a medicamentos, alimentos, ingredientes da vacina ou látex? Indique as alergias:	□ Não □ Sim
3. Já teve reação grave após receber alguma vacina? Se sim, explique:	□ Não □ Sim
4. Alguma vez sofreu a Síndrome de Guillain-Barré (GBS)?	□ Não □ Sim
5. Tem algum problema de saúde de longo prazo, como doença cardíaca, pulmonar, renal ou metabólica (como o diabetes) ou outros distúrbios sanguíneos (como o distúrbio de coagulação ou células falciformes)?	□ Não □ Sim
6. Você tem câncer, leucemia, SIDA ou outros problemas do sistema imunológico?	□ Não □ Sim
7. Alguma vez teve convulsão ou outro problema do sistema nervoso?	□ Não □ Sim
8. Toma cortisona, prednisona, outros medicamentos anticancerígenos ou esteroides, ou alguma vez fez tratamentos de raios-x para o câncer?	□ Não □ Sim
9. No caso de mulheres: a pessoa encontra-se grávida ou há possibilidade de que engravide nos próximos 30 dias?	□ Não □ Sim
10. Fuma ou utiliza cigarros eletrônicos? Alguma vez fumou ou utilizou cigarros eletrônicos?	□ Não □ Sim
11. Durante os últimos doze meses, recebeu transfusão de sangue ou produtos sanguíneos, ou recebeu imunoglobulina (gama) ou medicamentos antivirais?	□ Não □ Sim
12. Recebeu vacinas nas últimas 4 semanas?	□ Não □ Sim

Portuguese

Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

6919 E 10th Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

Declarações de consentimento

Consentimento para uso de informações confidenciais sobre a saúde e cessão de créditos: Eu, por meio deste, dou meu consentimento e confirmo o recebimento de um Aviso sobre Práticas de Privacidade relacionado ao uso e divulgação das minhas informações pessoais de saúde para fins de operações de cuidados de saúde, bem como a alocação de todos os pagamentos provenientes da seguradora acima mencionada a um agente de faturamento terceirizado associado aos serviços contemplados neste documento.

***Assinatura: X _____ Data: _____**

A assinatura do pai/mãe/tutor é necessária se a pessoa for menor de 18 anos

Autorização de vacina: Minha assinatura neste formulário indica que solicitei que a vacina indicada a seguir seja administrada em mim ou em meu dependente por um representante da Coalizão de Imunização de Indiana (IIC) Isento o agente de faturamento terceirizado, a IIC, a equipe e a pessoa que administra a vacina de qualquer responsabilidade por eventuais reações que possam ocorrer. Renuncio, de forma incondicional e irrevogável, a qualquer direito a um julgamento por júri, até o máximo permitido por lei, por qualquer reclamação ou ação decorrente ou relacionada a este serviço, e que tal reclamação ou ação será determinada exclusivamente de maneira individual, por meio de arbitragem segundo as Regras de Arbitragem Comercial da Associação de Arbitragem Americana.
Nem eu, nem a IIC, ou o agente de faturamento teremos o direito de combinar ou consolidar reclamações em arbitragem por ou contra outros indivíduos ou entidades, ou a arbitrar quaisquer reclamações como membro representante de uma classe ou defensor do interesse de um grupo. No caso de uma exposição profissional, a IIC tem a permissão do paciente para realizar análises de sangue, visando a segurança tanto do paciente quanto dos funcionários.

Li (ou alguém explicou-me) as informações da Declaração de Informações sobre a Vacina e compreendo os riscos (incluindo as reações adversas) e os benefícios da(s) vacina(s). Se estou dando consentimento em nome de outra pessoa, tenho a autoridade legal, com base no meu relacionamento com o indivíduo mencionado acima, para consentir com a administração desta(s) vacina(s).

Dou meu consentimento para que eu/meu filho/meu tutorado seja vacinado com todas as vacinas recomendadas previstas no momento. Caso eu pretenda recusar alguma vacina específica, ligarei para o número 317-628-7116, enviarei um e-mail para: clinic@vaccinateindiana.org ou discutirei o assunto com o responsável da clínica no local.
Vacinas que podem ser administradas com base no seu registro de vacinação/no registro de vacinação do seu dependente: DTaP/Tdap, Hepatite A, Hepatite B, Haemophilus influenzae tipo b (HiB), Papilomavírus Humano (HPV), Influenza, MMR (Vacina Tríplice Viral), Meningite, Pólio, Pneumonia, Rotavírus, Vírus Sincicial Respiratório (RSV), Varicela, Zoster, e/ou Covid-19.

***Assinatura: X _____ Data: _____**

A assinatura do pai/mãe/tutor é necessária se a pessoa for menor de 18 anos

Portuguese

Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

6919 E 10th Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

CLINIC USE ONLY *Note any vaccine refusals next to vaccine name*				
Vaccine	**VIS**	**MANUFACTURER/LOT #/ EXP DATE**	**INJECTION SITE**	**ROUTE**
Dtap	8/6/21		☐ L arm ☐ R arm ☐ L thigh ☐ R thigh	☐ IM
Dtap/IPV	8/6/21		☐ L arm ☐ R arm ☐ L thigh ☐ R thigh	☐ IM
Dtap/Hep B/IPV	5/12/23		☐ L arm ☐ R arm ☐ L thigh ☐ R thigh	☐ IM
Dtap/Hib/IPV	10/15/21		☐ L arm ☐ R arm ☐ L thigh ☐ R thigh	☐ IM
Dtap/IPV/Hib/HepB	5/12/23		☐ L arm ☐ R arm ☐ L thigh ☐ R thigh	☐ IM
Hep A ☐ adult ☐ pediatric	10/15/21		☐ L arm ☐ R arm ☐ L thigh ☐ R thigh	☐ IM
Hep B ☐ adult ☐ pediatric	5/12/23		☐ L arm ☐ R arm ☐ L thigh ☐ R thigh	☐ IM
Hib	8/6/21		☐ L arm ☐ R arm ☐ L thigh ☐ R thigh	☐ IM
HPV	8/6/21		☐ L arm ☐ R arm	☐ IM
Influenza	8/6/21		☐ L arm ☐ R arm ☐ L thigh ☐ R thigh	☐ IM
MCV4	8/6/21		☐ L arm ☐ R arm	☐ IM
Men B	8/6/21		☐ L arm ☐ R arm	☐ IM
MMR	8/6/21		☐ L arm ☐ R arm ☐ L thigh ☐ R thigh	☐ SC
MMRV	8/6/21		☐ L arm ☐ R arm ☐ L thigh ☐ R thigh	☐ SC
Pneumococcal	5/12/23		☐ L arm ☐ R arm ☐ L thigh ☐ R thigh	☐ IM
Polio	8/6/21		☐ L arm ☐ R arm ☐ L thigh ☐ R thigh	☐ IM ☐ SC
Rotavirus	10/15/21			☐ PO
RSV	10/19/23		☐ L arm ☐ R arm	☐ IM
Tdap	8/6/21		☐ L arm ☐ R arm	☐ IM
Varicella	8/6/21		☐ L arm ☐ R arm ☐ L thigh ☐ R thigh	☐ SC
Zoster	2/4/22		☐ L arm ☐ R arm	☐ IM
Covid-19	10/19/23		☐ L arm ☐ R arm	☐ IM

VACCINATOR NAME AND CREDENTIALS: _____ DATE: _____

Checked out in third party biller on: _____ Initials: _____

Updated 2/20/2024 SJ