



Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

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

Portuguese

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

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

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*



Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

Portuguese

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

Vaccine	VIS	MANUFACTURER/LOT #/ EXP DATE	INJECTION SITE	ROUTE
Dtap 6 weeks - 6 years	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Dtap/IPV 4 years - 6 years	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Dtap/Hep B/IPV 6 weeks-6 years	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Dtap/Hib/IPV 6 weeks - 4 years	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Dtap/IPV/Hib/HepB 6 weeks - 4 years	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Hep A <input type="checkbox"/> adult 19 yr and up <input type="checkbox"/> pediatric 1 yr - 18 yr	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Hep B (2 dose series) 18 years and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Hep B (3 dose series) <input type="checkbox"/> adult 20 yrs and up <input type="checkbox"/> pediatric Birth-19 yrs	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Hib 6 weeks - 4 years	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
HPV 9 yrs - 45 yrs	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Influenza 6 mos and up High Dose - 65yrs & up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
MCV4 1st dose: 10-15 yrs 2nd dose: 16 and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Men B 16 yrs - 23 yrs Bexsero / Trumenba	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
MMR 1 year - 64 years	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> SC
MMRV 3 yrs - 12 yrs	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> SC
Pneumococcal 6 weeks - 4 years 50 years and up	5/12/23		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Polio 6 weeks and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
Rotavirus 6 weeks - 8 mos.	10/15/21			<input type="checkbox"/> PO
RSV Infants - 19 mos. 60 yrs and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Tdap 7 years and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Varicella 1 year and up	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> SC
Zoster 50 yrs and up	2/4/22		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
COVID	1/31/25		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM

VACCINATOR NAME AND CREDENTIALS: _____ DATE: _____