

**AUTORIZAÇÃO PARA VACINA CONTRA GRIPE DA WPS DE 2019-2020,
Informações para seguro sobre vacinas infantis E FORMULÁRIO DE TRIAGEM**

Injetável (injeção contra gripe)

Seção 1: Informações sobre o aluno que receberá a vacina (imprimir): *Campos obrigatórios

Turma/Professor(a):*		Série: *	
Nome: (Último sobrenome, Primeiro nome, Iniciais dos nomes do meio)*		Data de nascimento: *	Idade: * Sexo: (Circular) *
		____ / ____ / ____ Mês Dia Ano	Masculino Feminino
Raça/Etnia: (marque todas as opções aplicáveis)		Onde o aluno tomou a vacina contra gripe no último ano (ano escolar de 2018-2019)?	
<input type="checkbox"/> Afro-americano ou negro <input type="checkbox"/> Índio americano, nativo do Alasca, indígena ou primeiras nações <input type="checkbox"/> Árabe ou proveniente do Oriente Médio <input type="checkbox"/> Asiático ou asiático-americano <input type="checkbox"/> Hispânico, latina ou latino <input type="checkbox"/> Nativo do Havaí ou de Ilha do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco, caucasiano ou europeu-americano <input type="checkbox"/> Outra: _____		<input type="checkbox"/> Não tomou vacina contra gripe <input type="checkbox"/> Na clínica escolar de gripe em outubro <input type="checkbox"/> No centro de saúde localizado na escola <input type="checkbox"/> Na clínica do pediatra <input type="checkbox"/> Na farmácia (ex. Walgreens, CVS, etc.) <input type="checkbox"/> Outra: _____	

Seção 2: Autorização para vacinação

AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO DA CRIANÇA: Eu li ou me foi explicado a Declaração de informação sobre vacinas de 2015-2016 (sem alterações para 2019-2020) sobre a vacina contra a gripe e compreendo os riscos e benefícios.

EU AUTORIZO a administração da vacina, para minha companhia de seguros ser cobrada e inclusão/compartilhamento dessas informações no Sistema de informações de imunização de Massachusetts (MIIS). (Se esta autorização não for assinada, datada e devolvida, meu filho não será vacinado).

____ / ____ / ____
Assinatura dos pais/responsáveis Data

EU NÃO AUTORIZO que meu filho identificado acima seja vacinado com esta vacina.

____ / ____ / ____
Assinatura dos pais/responsáveis Data

Seção 3: Informações do seguro:

Informações do seguro: *Inclua o número de identificação do membro completo e qualquer outra letra que seja parte desse número*

Nome da companhia de seguros: *	Número de identificação do membro: *	Número de identificação do grupo: (se disponível)
---------------------------------	--------------------------------------	---

Se a pessoa sendo vacinada não for o assinante, informe o seguinte:

Nome do assinante: (Último sobrenome, Primeiro nome, Iniciais dos nomes do meio) *	Data de nascimento do assinante: *	Sexo: (Circular) *
	____ / ____ / ____ Mês Dia Ano	Masculino Feminino
Relação do paciente com o assinante: (Circular) *	Filho	Outro

***Anexar foto do cartão do seguro (Se possível)**

Para filhos com 18 anos de idade ou menos:

É elegível para o programa Vacina para Crianças (VFC):

- Está inscrito no Medicaid (inclui MassHealth e HMOs etc. se inscrito através do Medicaid)
- Não tem seguro de saúde
- É um índio americano (nativo americano) ou nativo do Alasca

Não é elegível para o VFC:

- Tem seguro de saúde e não é índio americano (nativo americano) ou nativo do Alasca

Nome do prestador de serviços: Worcester Public Schools Nursing
14406 Endereço do prestador: 768 Main Street, Worcester, MA 01608

N.º PIN do prestador de serviço do MDPH:

Triagem para vacina injetável contra a gripe (injeção)

Seção 4: Preencha este lado somente se você autoriza que seu filho receba a vacina contra a gripe.

*Campos obrigatórios

Responder estas perguntas nos ajudará a saber se seu filho precisará de 0, 1 ou 2 doses de vacina este ano

***Se o seu filho tem 9 anos de idade ou mais, vá para a Seção 5 abaixo.**

***Se o seu filho tem 8 anos de idade ou menos, responda as outras perguntas nesta caixa.**

1. O seu filho recebeu 1 ou mais doses entre 1º de julho de 2018 e 30 de junho de 2019? Sim Não
2. Em caso negativo, o seu filho recebeu 2 ou mais doses entre 1º de julho de 2010 e 30 de junho de 2019?
 Sim Não
3. Seu filho recebeu a vacina contra a gripe nesta temporada de gripe (desde 1º de julho de 2019)? Não (Em caso negativo, vá para a Seção 2) Sim
- Em caso positivo, informe o número de doses e datas da vacinação: 1 dose 2 doses
- Dose 1:** Data recebida: mês ____ dia ____ 2019 **Dose 2:** Data recebida: mês ____ dia ____ 2019

Seção 5: Informações para determinar se seu filho deve receber a vacina contra a gripe de 2019-2020

Marque SIM ou NÃO para cada questão. Se você responder "SIM" para uma ou mais das 4 perguntas, seu filho não poderá receber a vacina contra a gripe na escola a menos que haja uma nota do médico de seu filho dizendo que pode receber a vacina contra a gripe. Se você responder "NÃO" para todas as perguntas, seu filho receberá a vacina. Se você não tiver certeza sobre as respostas, verifique com o médico do seu filho.

*Campos obrigatórios	NÃO	SIM
1. Seu filho tem alergia a ovos? *		
2. Seu filho tem alergia a gentamicina, neomicina, polimixina ou gelatina? *		
3. Seu filho já teve uma reação séria a uma vacina contra a gripe no passado? *		
4. Seu filho já teve síndrome de Guillain-Barre (um tipo de fraqueza muscular grave temporária) até 6 semanas depois de receber uma vacina contra a gripe? *		

SOMENTE PARA USO INTERNO:

Data do Serviço *FAVOR PREENCHER DATA	Tipo de Vacina	Fabric. da Vacina	N.º de lote	Data de Validade	Dose (mL)	Fornecida Pelo Estado	Livre de Conservantes*	Via de injeção	Local da injeção (Circular)	Data Na VIS	Data da VIS Dada
*	IIV4	Flulaval GSK			0,5	Sim	Sim	IM	Braço D Braço E Perna D Perna E	7/8/15	

IIV4 = Vacina tetravalente inativada contra influenza

***Assinatura do aplicador da vacina:** _____

***Nome em letras de forma:**

Nome do prestador de serviços: Worcester Public Schools Nursing
Endereço do prestador: 768 Main Street, Worcester, MA 01608

N.º PIN do prestador de serviço do MDPH: 14406