

2020-2021 Formulário de Informações sobre Seguro da Flu e Pneumo

A conclusão deste formulário é necessária para cada recipiente da vacina. Se não houver informações sobre seguros, preencha o máximo possível usando as informações existentes. **Informações sobre a pessoa a receber a vacina (por favor imprima): * Campos obrigatórios**

Nome: (último, primeiro, mi)*	Data de nascimento: *	Idade*	Masculino Feminino			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black;">Mês</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black;">Dia</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black;">Ano</td> </tr> </table>				Mês	Dia	Ano
Mês	Dia	Ano				
Endereço:*						
Cidade:*	Estado: *	Código postal:*	Telefone: * ()			

Informação sobre seguro de saúde: *inclua o número inteiro do ID do membro e todas as letras que façam parte desse número.*

Nome da companhia de seguros:*	Número de ID do membro:*	Número de identificação do grupo: (se disponível)
Número do Medicare:	O Medicare é Primário? Sim Não	O assinante está aposentado? Sim Não

Se a pessoa vacinada não for assinante do seguro, preencha o seguinte:

Nome do Assinante: (Último, Primeiro, MI)*	Data de nascimento do assinante: *	Masculino Feminino			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black;">Mês</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black;">Dia</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black;">Ano</td> </tr> </table>			Mês	Dia	Ano
Mês	Dia	Ano			
Endereço do Assinante: * (Se diferente do endereço acima)					
Cidade:*	Estado:*	Código postal: *			
Telefone: * ()					
Relação do Paciente com o Assinante: (Círculo) * Esposo Criança Outro					

Eu dou permissão para que minha companhia de seguros seja cobrada.

X _____

Data: 11/18/2020

(Assinatura do paciente, pai ou responsável legal)

A. As perguntas a seguir ajudarão a determinar se a pessoa a ser vacinada pode receber a vacina contra influenza 2020-2021.	SIM	NÃO
1. A pessoa a ser vacinada tem alergia a ovos?		
2. A pessoa a ser vacinado tem alergia a gentamicina, neomicina, polimixina ou gelatina?		
3. A pessoa a ser vacinada já teve uma reação grave a uma dose anterior de vacina?		
4. A pessoa a ser vacinada já teve Síndrome de Guillain-Barré (um tipo de fraqueza muscular severa temporária) dentro de 6 semanas após receber uma vacina contra a gripe?		
B. Existem dois métodos de administração da vacina contra influenza sazonal 2020-2021, intramuscular e intranasal.	SIM	NÃO
1. A pessoa foi vacinada com alguma vacina (não apenas gripe) nos últimos 30 dias? Vacina: _____ Data de recebimento: Mês _____ Dia _____ Ano _____		
2. A pessoa tem algum dos seguintes sintomas: asma, diabetes (ou outro tipo de doença metabólica) ou doença dos pulmões, coração, rins, fígado, nervos ou sangue?		
3. A pessoa em uso de aspirina a longo prazo ou com terapia contendo aspirina (por exemplo, seu filho toma aspirina todos os dias)?		
4. A pessoa tem um sistema imunológico fraco (por exemplo, de HIV, câncer ou medicamentos como esteróides ou aqueles usados para tratar câncer)?		
5. A pessoa está grávida ou pode engravidar no próximo mês?		
6. A pessoa tem contato próximo com alguém que precisa de cuidados em um ambiente protegido (por exemplo, alguém que recentemente fez um transplante de medula óssea)?		
7. A pessoa deve ser vacinada com menos de 2 anos? Ou mais de 49 anos?		
8. Se seu filho tiver menos de 5 anos de idade, um profissional de saúde lhe disse que seu filho teve chiado ou asma nos últimos 12 meses?		

Provider Name: Peabody Health Department **Provider Address:** 24 Lowell St, Peabody, MA 01960 **MDPH Provider PIN#:** 11306

Portuguese - September 2018 - SD

2020-2021 Formulário de Informações sobre Seguro da Flu e Pneumo

Para crianças de 18 anos de idade e minors:

Is Vaccine for Children (VFC) Program eligible:
 Is enrolled in Medicaid (includes MassHealth and HMOs etc. if enrolled through Medicaid)
 Does not have health insurance
 Is American Indian (Native American) or Alaska Native

Is not VFC-eligible:
 Has health insurance and is not American Indian (Native American) or Alaska Native

For Clinic/Office Use Only: __

Date of Service	Vax Type	Vaccine Mfgr	State Supplied (Circle)	Preserv Free*	Lot No	Exp Date	Dose (mL)	Injection Route	Injection Site (Circle)	Date On VIS	Date VIS Given
	IIV4	GSK Flulaval	Yes State Supplied	Yes	BB74J	6/30/21	0.5	IM	R Arm L Arm R Leg L Leg	8/15/19	
	LAIV4	AstraZeneca	Yes State Supplied	Yes	MH2203	12/29/20	0.2	Intranasal	N/A	8/15/19	
	Flucelvax (ccIIIV4)	Seqirus	Yes State Supplied	Yes	276560	6/30/21	0.5	IM	R Arm L Arm	8/15/19	
	IIV4	GSK Fluorix	No	Yes	LB2K7	6/30/21	0.5	IM	R Arm L Arm	8/15/19	

Signature of Vaccine Administrator: _____