



PERMISSÃO DE IMUNIZAÇÃO DE GRIPE

2019-2020

Nome: _____
Data de nascimento: _____

SE VOCÊ RESPONDE SIM “S” A UMA OU MAIS DAS SEGUINTE PERGUNTAS, VOCÊ TALVEZ PODE RECEBER A VACINA DA GRIPE, MAS NÓS PRECISAMOS DE DISCUTIR SUAS OPÇÕES COM SEU MÉDICO		
Você tem alergias serias a ovos ou a produtos de ovo?	S	N
Você já teve alguma reação séria ao receber uma vacina contra a gripe?	S	N
Você está doente com febre?T : _____	S	N
São você alérgico a thimerosal ou formaldehyde??	S	N
Você já teve Síndrome de Guillain-Barre?	S	N

- Eu li ou me explicaram a folha de informação sobre a vacina de gripe.
- Eu tive a possibilidade de fazer perguntas que foram respondidas a minha satisfação.
- Eu entendo os benefícios e riscos a mim da vacinação (ou à pessoa acima para quem eu sou autorizado fazer esta petição).
- Eu autorizo a liberação de qualquer informação médica ou outra informação necessária para processar uma reivindicação de assistência Medicare, Medicaid, ou reivindicação de seguro.

A Firma de recipiente: _____ Data : _____

Eu recuse sua oferta de receber a vacina contra a gripe por esta razão: _____

Office use only:

Name of the Person Administering the Vaccine: _____

Signature of the Person Administering the Vaccine: _____ Date: _____

VIS Form provided: Yes

VFC Eligible: Yes No

Injection Site: RA LA Mid-Lateral Thigh: Right Left

Vaccine Manufacturer: _____

Lot number: _____ Vaccine Expiration Date: _____