

Seven Hills Behavioral Health

Registro de administração de vacinas Consentimento informado para vacinação (Para uso da clínica de administração de vacinas COVID-19)

For office use only:

Informação do Paciente

Nome Completo: _____ **Data de nascimento:** MÊS / DIA / ANO

Sua Direção: _____

Número de telefone: () - **Correio eletrônico:** _____

Gênero: M F Outro _____

Lingua primária: _____ **País de nascimento:** _____

Raça: Índio americano/ Nativo/a do Alasca Asiático/a Preto/afro-americano Branco/a
 Nativo/a de Hawaii/ilhéu do Pacífico Outro Não sei

Etnia: Hispânico/a ou Latino/a Não- Hispânico/a ou Latino/a

Seguro: Masshealth Medicare Health Safety Net Privado Outro Nenhum

Tem um médico primário: Sim Não

Eu quero receber a (s) seguinte (s) vacinação (ões): 1ª, 2ª, 3ª dose: Janssen/Johnson & Johnson
 Moderna (idade 12+)
 Pfizer (idade 12+)
 Pediatric Pfizer (idade 5-11)

Booster dose: Moderna Bivalent (idade 18+)
 Pfizer Bivalent (idade 12+)
 Pediatric Pfizer (idade 5-11)

Certifico que sou: (a) o paciente e tenho pelo menos 16 anos de idade; (b) o pai ou responsável legal do paciente menor; (c) o responsável legal do paciente.

1. Certifico que as informações que forneci estão corretas e que tenho autoridade legal para dar consentimento a mim e a qualquer outra pessoa registrada para serem vacinados com a (s) vacina (ões) acima.
2. Dou o meu consentimento ao Seven Hills Behavioral Health, à equipe do Seven Hills Behavioral Health, aos Serviços Médicos de Emergência de New Bedford e ao profissional de saúde licenciado que administra a vacina, conforme aplicável (cada um "fornecedor aplicável"), para administrar a vacina (s) Eu solicitei acima.
3. Eu entendo que não é possível prever todos os possíveis efeitos colaterais ou complicações associadas ao recebimento da (s) vacina (s). Eu entendo os riscos e benefícios associados à Folha de Informações para Destinatários e Cuidadores "sobre a (s) vacina (s) que optei por receber. Também reconheço que tive a oportunidade de fazer perguntas e que essas perguntas foram respondidas de forma satisfatória.
4. Reconheço que fui aconselhado a permanecer próximo ao local de vacinação para observação por aproximadamente 15 minutos após a administração.

5. Em meu nome, meus herdeiros e representantes pessoais, eu, por meio deste, libero e retenho subsidiárias, executivos, diretores, contratados e funcionários de todas e quaisquer responsabilidades ou reivindicações, conhecidas ou desconhecidas, decorrentes de, em conexão com, ou de qualquer forma relacionadas com a administração da (s) vacina (s) listada (s) acima.
6. Dou consentimento que o meu seguro de doença seja cobrada pelos custos de administração da (s) vacina (s). O governo está a pagar pela vacina e não vou ser cobrado por essa parte do custo da minha imunização.
7. Eu entendo que, conforme exigido pela lei estadual, todas as imunizações serão relatadas ao Sistema de Informação de Imunizações do Departamento de Saúde Pública de Massachusetts (MIIS). O MIIS é um sistema confidencial baseado na web que coleta e armazena registros de vacinação (injeção) acessíveis a profissionais de saúde e órgãos locais de saúde. Consinto que minhas informações de vacinação sejam inseridas no MIIS. Eu entendo que posso acessar a ficha técnica do MIIS para pais e pacientes, em www.mass.gov/dph/miis, para obter informações sobre o MIIS e o que fazer se eu contestar que os dados meus ou de minha família sejam compartilhados com outros provedores no MIIS .

Sua Signatura: _____

Data: _____

(Pai ou tutor, se menor)

POR FAVOR NAO ESCREVA ABAIXO DESTA LINHA

E APENAS SOMENTE PARA USO DOS ONARIOS

Dose being received (check one): 1st Dose 2nd Dose 3rd Dose (immune compromised) Booster

Date of Service	Vaccine Type	Vaccine Mfg.	Lot #	Mfg. Date	Dose (ml)	State Supplied	Injection Route	Injection Site	Date EUA given
	COVID-19					MA	IM	R arm L arm	

Signature of Vaccine Administrator: _____

Date: _____

Lista de verificação de pré-vacinação para vacinação contra a COVID-19



Para os destinatários da vacina:

As perguntas a seguir ajudar-nos-ão a determinar se há algum motivo para não tomar a vacina da COVID-19 hoje. **Se responder “sim” a qualquer pergunta, isso não significa necessariamente que não deva ser vacinado.** Significa apenas que podem ser feitas perguntas adicionais. Se uma pergunta não estiver clara, peça ao seu médico para explicá-la.

Nome _____

Idade _____

1. Sente-se doente hoje?

Sim	Não	Não sei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Já recebeu uma dose da vacina da COVID-19?

• Se sim, qual(is) vacina(s) recebeu?

Pfizer-BioNTech Moderna Janssen
(Johnson & Johnson) Outro produto _____

Sim	Não	Não sei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Quantas doses da vacina da COVID-19 recebeu? _____

• Trouxe o cartão de vacinação ou outra documentação?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

3. Tem algum problema de saúde ou está em tratamento que o deixa moderada ou gravemente

imunocomprometido? *(Isto inclui tratamento para o cancro ou o HIV, recebimento de transplantes de órgãos, terapia imunossupressora ou altas doses de corticosteroides, terapia com células CAR-T, transplante de células hematopoiéticas [TCTH], síndrome de DiGeorge ou síndrome de Wiskott-Aldrich)*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. Recebeu transplante de células hematopoiéticas (TCTH) ou terapias com células CAR-T desde que recebeu a vacina da COVID-19?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Já teve uma reação alérgica a:

(Isto inclui uma reação alérgica grave [por exemplo, anafilaxia] que requer tratamento com epinefrina ou EpiPen® ou que o levou ao hospital. Também inclui uma reação alérgica que causou urticária, inchaço ou dificuldade respiratória, incluindo pieira.)

• Um componente de uma vacina da COVID-19, incluindo um dos seguintes:

o Polietilenoglicol (PEG), que é encontrado em alguns medicamentos, como laxantes e preparações para procedimentos de colonoscopia

o Polissorbato, que é encontrado em algumas vacinas, comprimidos revestidos por película e esteroides intravenosos

• Uma dose anterior da vacina da COVID-19

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Já teve uma reação alérgica a outra vacina (*diferente da vacina da COVID-19*) ou a um medicamento injetável?

(Isto inclui uma reação alérgica grave [por exemplo, anafilaxia] que requer tratamento com epinefrina ou EpiPen® ou que o levou ao hospital. Também inclui uma reação alérgica que causou urticária, inchaço ou dificuldade respiratória, incluindo pieira.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Assinale todas as opções aplicáveis a si:

Sou um homem entre 12 e 39 anos

Tenho um distúrbio hemorrágico

Tenho historial de miocardite ou pericardite

Tomo um anticoagulante

Diagnosticado com Síndrome Inflamatória Multissistémica (MIS-C ou MIS-A) após uma infeção por COVID-19

Tenho histórico de Síndrome de Guillain-Barré (SGB)

Formulário revisto por _____

Data _____

Adaptado com apreciação das listas de verificação de seleção da Immunization Action Coalition (IAC)