

Preencha a Seção A. As Seções B e C só precisam ser completadas para as vacinas que você quiser que seu(sua) filho(a) receba.

SECÇÃO A: INFORMAÇÃO PESSOAL		ESCOLA:	
Apelido	Nome próprio	Iniciais seg. nome	Data de nascimento
Morada (inclua o número de apartamento, se aplicável)		Cidade	Estado Código Postal (Zip):
Pai/Mãe/Tutor – Nome em letra de IMPRENSA		Número de telefone durante o dia:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
SECÇÃO B: HISTÓRICO DE VACINAS OBTENIR INFO. DO MÉDICO		SECÇÃO C: POR FAVOR ASSINE SE FOR NECESSÁRIO ADMINISTRAR VACINAS	
<b>HEPATITE B (3 injecções)</b>  ___/___/___    ___/___/___    ___/___/___ Data Vac. no.1    Data Vac. no.2    Data Vac. no.3		<b>HEPATITE B:</b> Foi-me dada uma cópia da Declaração da Informação da Vacina Contra a Hepatite B e entendo os benefícios e os riscos da vacina. Entendo que é necessário tomar 3 injecções para uma protecção total. Por este meio, declaro que ilibo a The Wellness Company de toda e quaisquer a responsabilidade associada com a administração e potenciais efeitos secundários provocados pela vacina. <b>DOU AUTORIZAÇÃO PARA QUE SEJA(M) ADMINISTRADA(S) VACINA(S) CONTRA A HEPATITE B AO(À) MEU(MINHA) FILHO(A).</b> Assinatura: _____	
<b>SPR (2 injecções)</b>  ___/___/___    ___/___/___ Data Vac. no.1    Data Vac. no.2		<b>SPR:</b> Foi-me dada uma cópia da Declaração da Informação da Vacina Contra o Sarampo, Parotidite, Rubéola (SPR) e entendo os benefícios e os riscos da vacina. Entendo que é necessário tomar 2 injecções para uma protecção total. Por este meio, declaro que ilibo a The Wellness Company de toda e quaisquer a responsabilidade associada com a administração e potenciais efeitos secundários provocados pela vacina. <b>DOU AUTORIZAÇÃO PARA QUE SEJA(M) ADMINISTRADA(S) VACINA(S) CONTRA SPR AO(À) MEU(MINHA) FILHO(A).</b> Assinatura: _____	
<b>TDPA ou Td</b>  ___/___/___    ___/___/___ Data Vacina    Data Vacina		<b>TDPA:</b> Foi-me dada uma cópia da Declaração da Informação da Vacina Contra o Tétano, Difteria e Pertussis Acelular (TDPA) e entendo os benefícios e os riscos da vacina. Por este meio, declaro que ilibo a Wellness Company de toda e quaisquer a responsabilidade associada com a administração e potenciais efeitos secundários provocados pela vacina. <b>DOU AUTORIZAÇÃO PARA QUE SEJA ADMINISTRADA A VACINA CONTRA TDPA AO(À) MEU(MINHA) FILHO(A).</b> Assinatura: _____	
<b>MENINGITE</b>  ___/___/___ Data Vacina		<b>MENINGITE:</b> Foi-me dada uma cópia da Declaração da Informação da Vacina Contra a Meningite Meningocócica e entendo os benefícios e os riscos da vacina. Por este meio, declaro que ilibo a The Wellness Company de toda e quaisquer a responsabilidade associada com a administração e potenciais efeitos secundários provocados pela vacina. <b>DOU AUTORIZAÇÃO PARA QUE SEJA ADMINISTRADA A VACINA CONTRA A MENINGITE AO(À) MEU(MINHA) FILHO(A).</b> Assinatura: _____	
<b>VARICELA</b>  ___/___/___    ___/___/___ Data Vac. no.1    Data Vac. no.2  ___/___/___ Data em que teve a varicela:		<b>VARICELA:</b> Foi-me dada uma cópia da Declaração da Informação da Vacina Contra a Varicela e entendo os benefícios e os riscos da vacina. Entendo que é necessário tomar 2 injecções para uma protecção total. Por este meio, declaro que ilibo a The Wellness Company de toda e quaisquer a responsabilidade associada com a administração e potenciais efeitos secundários provocados pela vacina. <b>DOU AUTORIZAÇÃO PARA QUE SEJA(M) ADMINISTRADA(S) VACINA(S) CONTRA A VARICELA AO(À) MEU(MINHA) FILHO(A).</b> Assinatura: _____	
<b>PÓLIO (3-4 injecções)</b>  ___/___/___    ___/___/___    ___/___/___ Data Vac. no.1    Data Vac. no.2    Data Vac. no.3  ___/___/___ Data Vac. no.4		<b>PÓLIO:</b> Foi-me dada uma cópia da Declaração da Informação da Vacina Contra o Pólio e entendo os benefícios e os riscos da vacina. Entendo que é necessário tomar 3 a 4 injecções para uma protecção total. Por este meio, declaro que ilibo a The Wellness Company de toda e quaisquer a responsabilidade associada com a administração e potenciais efeitos secundários provocados pela vacina. <b>DOU AUTORIZAÇÃO PARA QUE SEJA(M) ADMINISTRADA(S) VACINA(S) CONTRA O PÓLIO AO(À) MEU(MINHA) FILHO(A).</b> Assinatura: _____	
<b>VPH (3 injecções)</b>  ___/___/___    ___/___/___    ___/___/___ Data Vac. no.1    Data Vac. no.2    Data Vac. no.3		<b>Vacina contra o Vírus do Papiloma Humano:</b> Foi-me dada uma cópia da Declaração da Informação da Vacina Contra o Vírus do Papiloma Humano e entendo os benefícios e os riscos da vacina. Entendo que é necessário tomar 3 a 4 injecções para uma protecção total. Por este meio, declaro que ilibo a The Wellness Company de toda e quaisquer a responsabilidade associada com a administração e potenciais efeitos secundários provocados pela vacina. <b>DOU AUTORIZAÇÃO PARA QUE SEJA(M) ADMINISTRADA(S) VACINA(S) CONTRA O VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO AO(À) MEU(MINHA) FILHO(A).</b> Assinatura: _____	
<b>HEPATITE A (2 injecções)</b>  ___/___/___    ___/___/___ Data Vac. no.1    Data Vac. no.2		<b>HEPATITE A:</b> Foi-me dada uma cópia da Declaração da Informação da Vacina Contra a Hepatite A e entendo os benefícios e os riscos da vacina. Entendo que é necessário tomar 2 injecções para uma protecção total. Por este meio, declaro que ilibo a The Wellness Company de toda e quaisquer a responsabilidade associada com a administração e potenciais efeitos secundários provocados pela vacina. <b>DOU AUTORIZAÇÃO PARA QUE SEJA ADMINISTRADA(S) VACINA(S) CONTRA A HEPATITE A AO(À) MEU(MINHA) FILHO(A).</b> Assinatura: _____	



## QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM SOBRE IMUNIZAÇÃO

Nome do Aluno(a) (em letra de imprensa): \_\_\_\_\_

Nome da Escola: \_\_\_\_\_

**Pai/Mãe/Tutor: Faça um círculo nas respostas às perguntas apresentadas abaixo para nos ajudar a determinar quais as vacinas que seu(sua) filho(a) deve receber.**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. O seu filho(a) sofre de alergias a medicamentos, alimentos ou a qualquer vacina?<br>Caso afirmativo, explique _____  | Sim | Não |
| 2. O seu filho(a) teve alguma reacção grave a uma vacina no passado?<br>Caso afirmativo, a que vacina e quando? _____   | Sim | Não |
| 3. O seu filho(a) alguma vez teve convulsões ou problemas cerebrais?<br>Caso afirmativo, indique o estado de saúde actual _____                                   | Sim | Não |
| 4. O seu filho(a) tem leucemia, SIDA ou qualquer outro problema do sistema imunitário?  | Sim | Não |
| 5. O seu filho(a) toma cortisona, prednisona, outros esteróides ou medicamentos contra cancro, ou fez algum tratamento através de radiologia nos últimos 3 meses? | Sim | Não |
| 6. O seu filho(a) alguma vez recebeu uma transfusão de sangue, produtos derivados de sangue, ou tomou medicamentos denominados imunogamaglobulinas no último ano? | Sim | Não |
| 7. O filho(a) recebeu algumas vacinações nas últimas 4 semanas?<br>Caso afirmativo, indique que vacina(s) _____   | Sim | Não |

**INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DE SAÚDE INDIQUE O TIPO DE SEGURO DO SEU(SUA) FILHO(A) E FORNEÇA O NÚMERO DE IDENTIDADE DO SUBSCRITOR. O ALUNO QUE NÃO TIVER SEGURO OU CUJO SEGURO NÃO CUBRA VACINAÇÃO PODE AINDA ASSIM RECEBER VACINA SEM NENHUM CUSTO**

Blue Cross & Blue Shield - \_\_\_\_\_  
(letras) (números)

Medicare Parte B \_\_\_\_\_  
(números) (letra)

Federal Blue Cross - \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_  
(Nome da companhia de seguros) (O s/nº. de identificação de seguro)

Pai/Mãe/Tutor: Coloque o seu nome em letra de imprensa

O s/nº. de telefone durante o dia

Assinatura do Pai/Mãe/Tutor