



Formulário Para Menores Não Acompanhado
Autorização e Consentimento para Tratamento de Menores

Data: _____

SEÇÃO A: INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA DO PACIENTE (Escreva Nitidamente)

Primeiro Nome: _____ Último Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Gender: Female Male
Endereço: _____ Cidade: _____
Estado: _____ Código Postal: _____
Telefone: (____) _____ - _____ E-mail: _____

SEÇÃO B: INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS DOS PAIS/GUARDIÕES (Escreva Nitidamente)

Primeiro Nome: _____ Último Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Gender: Female Male
Endereço: _____ Cidade: _____
Estado: _____ Código Postal: _____
Telefone: (____) _____ - _____ E-mail: _____
Parentesco: _____ # Carteira de Motorista: _____

_____ (Iniciais) Certifico que li e compreendi a Declaração de Informações sobre Vacinas (VIS) para cada vacina solicitada.

SEÇÃO B: O Centro de Imunização da Cidade de Danbury administrará **SOMENTE a(s) seguinte(s) vacina(s) ao menor:**

VACINA CONTRA GRIPE:

Vacina de gripe (6 meses – 17 anos de idade)

VACINAS PARA VIAJANTES:

- Tifóide
- Hepatite A & B Combinação
- Encefalite Japonesa
- Raiva
- Febre Amarela

VACINAS INFANTIL:

- Difteria, Hepatite B, Poliomielite Inativada (DTap-IPV-HepB)
- Difteria, Tétano, Coqueluche Acelular, Poliomielite e Haemophilus Influenzae Tipo B (DTap-IPV-Hib)
- Diphtheria, Poliomielite(DTap-IPV)
- Hepatite A
- Hepatite B
- Hepatite A & B Combinação
- Haemophilus Influenzae (Hib)
- Papilomavírus Humano (HPV)
- Conjugado meningocócico (MCV4)
- Meningococo B OMV
- Meningocócica B Recombinante
- Sarampo, Caxumba, Rubéola (MMR)
- Sarampo, Caxumba, Rubéola, Varicella (MMRV)
- Conjugado pneumocócico (PCV13)
- Polissacarídeo pneumocócico (PPV)
- Poliomielite

- | | |
|--|---|
| | <input type="checkbox"/> Rotavírus
<input type="checkbox"/> Tétano e Difteria (Td)
<input type="checkbox"/> Varicella |
|--|---|

SELECIONE O TIPO DE CONSENTIMENTO

CONSENTIMENTO PARA PERMITIR DETERMINADOS INDIVÍDUOS A ACOMPANHAR CRIANÇA PARA RECEBER IMUNIZAÇÃO.

Eu, _____, autorizo a seguinte pessoa a acompanhar meu filho ao Centro de Medicina e Imunização de Viagens da cidade de Danbury para a prestação de serviços de imunização.

Primeiro Nome: _____ Último Nome: _____

Telefone: _____ Parentesco: _____

OU

CONSENTIMENTO PARA TRATAR MENORES NÃO ACOMPANHADOS NA CLÍNICA DE IMUNIZAÇÃO DA CIDADE DE DANBURY.

Eu, _____, solicito e autorizo o Centro de Imunização da Cidade de Danbury e seu pessoal a administrar a(s) imunização(ões) solicitada(s) à MINHA CRIANÇA DE MENOR citado na Seção C acima.

Observação: os motoristas adolescentes que receberem determinadas vacinas serão solicitados a permanecer na nossa área de espera por 15 minutos depois da injeção por medidas de segurança.

Esta Autorização para Tratamento de Menores expirará no seguinte evento:

- Aniversário de 18º anos do menor Final do ano civil Outra Data: ____/____/____

Autorização e Consentimento

- Eu sou o pai/responsável legal pelo filho de menor listado na Seção A acima que tem menos de 18 anos de idade.
- Se a criança menor exibir efeitos adversos ou alérgicos da administração de uma vacina, eu autorizo o Centro de Medicina e Imunização de Viagens da Cidade de Danbury a entrar em contato com os serviços médicos de emergência.
- Entendo que meu seguro ou método de pagamento existente pode ser cobrado pelos serviços prestados ao menor listado acima.
- Entendo que esta autorização é válida até o aniversário de 18 anos do paciente, data de validade indicada acima OU mediante revogação por escrito.
- Entendo que esta Autorização para Consentir em Tratamento de Menores (“Autorização”) não me isenta (pai / responsável) de assinar um consentimento informado, conforme exigido por lei. O Centro de Medicina e Imunização de Viagem da cidade de Danbury entrará em contato comigo e obterá meu consentimento quando for necessário.
- Entendo que esta Autorização e o Formulário de Registro de Administração de Vacinas (Formulário de Admissão) devem ser preenchidos antes da primeira visita não acompanhada no Centro de Medicina e Imunização de Viagens da Cidade de Danbury.
- Baixei e li a Declaração de informações sobre vacinas (VIS) sobre cada vacina solicitada. Solicito que a vacina seja dada ao meu de filho menor mencionado acima, para quem estou autorizado a fazer essa solicitação.
- Esta autorização se aplica a toda a série de uma vacina se várias vacinas forem necessárias.
- Li e compreendi o conteúdo desta autorização, que assino voluntariamente.
- Uma cópia deste formulário deve permanecer em arquivo de acordo com as leis estaduais e / ou federais.

Assinatura do Pai/Responsável

Assinatura do Pai/Responsável: _____ Data: _____

Nome Completo: _____