



**FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH IN ORANGE COUNTY
IMMUNIZATION SCREENING AND CONSENT FORM**

QFlow #:

Date:

Seu filho pode precisar de uma ou mais vacinas necessárias para frequentar a escola. **Para que seu filho receba vacinas, você deve preencher este formulário.** A equipe licenciada do Departamento de Saúde da Flórida no Condado de Orange fornecerá imunizações gratuitas a crianças elegíveis por meio do programa Vacinas para Crianças.

SEÇÃO 1: INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA – POR FAVOR IMPRIMIR

Sobrenome		Primeiro nome		Nome do meio	
Data de nascimento da criança			Idade		Sexo da criança <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Mês	Dia	Ano			
Raça da criança (selecione tudo que se aplicar) <input type="checkbox"/> Índio americano ou Nativo do Alaska <input type="checkbox"/> Negro ou Afro-americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo do Haváí ou de Outras Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco					
Idioma de Preferência da Criança (Intérprete necessário? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não)				Etnia da Criança Hispânico/Latino: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Endereço da Criança					
Cidade		Estado		Código Postal	País de Nascimento
A criança está atualmente matriculada em uma escola do Condado de Orange? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Qual série a criança estará cursando na escola este ano? 2020 - 2021		
A criança nasceu na Flórida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Informações dos Pais/Responsáveis Legais					
Último		Primeiro		Nome do meio	
Parentesco com a criança			Idioma de Preferência Intérprete necessário? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Número de Telefone			Data de nascimento		
			Mês	Dia	Ano
HMS MRN	FLShots ID # (State Imm ID)	Insurance	680 Only	No Services	Registration Clerk

SECTION 2: SCREENING FOR VACCINE ELIGIBILITY (EXAMEN DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNA; DEPISTAJ POU ELIJIBILITE VAKSEN)

The following questions will help us determine which vaccines the child may be given. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean the child should not be vaccinated. *Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas pueden administrarse al niño. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que el niño no debe ser vacunado. Kesyon sa yo ap ede nou detèmine ki vaksen nou ka bay timoun nan. Si ou reponn "wi" a nenpòt kesyon, li pa vle di nesèsman ke timoun nan pa ta dwe pran vaksen an.*

Please check YES or No for each question <i>Por favor, marque Sí o No para cada pregunta. Tanpri tcheke WI oswa Non pou chak kesyon.</i>		YES <i>(Si, Wi)</i>	NO <i>(No, Non)</i>
1. Is the child sick today? Had a fever in the last 24 hours (greater than 100.4°)? <i>¿Está el niño enfermo hoy? ¿Ha tenido fiebre en las últimas 24 horas (más de 100.4)? Èske timoun nan malad jodi a? Èske li Te gen yon lafyèw nan dènye 24 èdtan a (yon fyèw ki pase plis ke 100.4)?</i>			
2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, environment or latex? Please explain <i>¿Tiene el niño alergias a medicamentos, alimentos, a un componente de la vacuna, el medio ambiente o el látex? Por favor explique Èske timoun nan gen alèji ak medikaman, manje, yon eleman vaksen, anviwònman oswa an latèks? Tanpri eksplike</i>			
Allergen(s) <i>(Alergia, Alèjèn)</i>	Date of onset <i>(Fecha de inicio, Dat aparisyon)</i>		
Reaction(s) <i>(Reacción, Reyaksyon)</i>	Severity <i>(Severidad; Gravite)</i> <input type="checkbox"/> Mild <i>(Leve, lejè)</i> <input type="checkbox"/> Moderate <i>(Moderada, modere)</i> <input type="checkbox"/> Severe <i>(Severo, grav)</i>		
3. Has the child ever had chicken pox disease? If yes, at what age _____ OR in what year _____ <i>¿Ha tenido alguna vez el niño la enfermedad de la varicela? En caso afirmativo _____, ¿a qué edad o en qué año _____? Èske timoun nan te janm gen maladi saranpyon? Si wi _____, nan ki laj OSWA nan ki ane _____?</i>			
4. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? <i>¿Ha tenido el niño una reacción grave a una vacuna en el pasado? Èske timoun nan te gen yon reyaksyon grav avèk yon vaksen nan tan lontan?</i>			
5. Has the child had a health problem with lung, heart, kidney or metabolic disease (e.g. diabetes), asthma or a blood disorder? <i>¿Ha tenido el niño un problema de salud con enfermedades pulmonares, cardíacas, renales o metabólicas (por ejemplo, diabetes), asma o un trastorno de la sangre? Èske timoun lan te gen yon pwoblèm sante ak poumon, kè, ren oswa maladi metabolik (tankou dyabèt), opresyon oswa yon maladi san?</i>			
6. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problems? <i>¿Ha tenido el niño, un hermano o un padre una convulsión? ¿Ha tenido el niño problemas cerebrales u otros problemas del sistema nervioso? Èske timoun nan, yon frè oswa sè, oswa yon paran te gen yon maladi kriz; Èske timoun nan te gen pwoblèm sèvo oswa lòt sistèm nève?</i>			
7. Does the child have cancer, leukemia, HIV/AIDS or any other immune system problems? <i>¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico? Èske timoun nan gen kansè, lesemi, VIH/SIDA oswa nenpòt lòt pwoblèm sistèm iminitè?</i>			
8. In the past three months has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatment? <i>En los últimos tres meses, el niño ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha tenido tratamiento de radiación? Nan twa mwa ki sot pase a, Èske timoun nan te pran medikaman ki afekte sistèm iminitè li tankou Prednison, lòt estewoyid, oswa medikaman anti-kansè; dwòg pou tretman atrit rimatoyid, maladi Crohn, oswa psoriasis; oswa te gen tretman radyasyon?</i>			
9. In the past year, has the child received a transfusion of blood or blood products or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug? <i>En el último año, ¿recibió el niño una transfusión de sangre o productos derivados de la sangre o recibió inmunoglobulina gamma (gamma) o un medicamento antiviral? Nan ane ki sot pase a, Èske timoun nan te resevwa yon transfizyon san oswa pwodwi san oswa yo te bay li iminitè (gamma) globilin oswa yon medikaman antiviral?</i>			
10. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month? <i>¿Está la niña / adolescente embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes? Èske timoun nan oswa jèn moun nan ansent, oswa ka gen yon chans li ka vin ansent pandan mwa pwochen?</i> LMP? _____			
11. Has your child been vaccinated or tested for Tuberculous (TB) within the last 30 days? <i>¿Ha sido vacunado o probado su hijo para la tuberculosa (TB) en los últimos 30 días? Èske pitit ou a te vaksinen oswa teste pou tibèkiloz (TB) pandan dènye 30 jou yo?</i> If YES Vaccine type and date: _____ or TB test read date: _____ <i>Si la respuesta es Sí, indique tipo y fecha de la vacuna o Fecha de Lectura de la prueba de TB Si Wi ki kalite vaksen ak ki dat oswa dat yo te li rezilta tès tibèkiloz</i>			

Nurse Name Printed	Nurse Signature	Date:
--------------------	-----------------	-------



INÍCIO DOS SERVIÇOS

QFlow #:

PARTE I CONSENTIMENTO DE RELACIONAMENTO CLIENTE-PROVEDOR

Nome do cliente: _____
Nome da agência: Florida Department of Health - Orange
Endereço da agência: 6101 Lake Ellenor Drive, Orlando, Florida 32809

Autorizo iniciar um relacionamento cliente-provedor. Autorizo a equipe do Departamento de Saúde e seus representantes a prestar cuidados de saúde de rotina. Entendo que os cuidados de saúde de rotina são confidenciais e voluntários e podem envolver visitas médicas, incluindo obtenção de histórico médico, avaliação, exames, administração de medicamentos, exames laboratoriais e/ou pequenos procedimentos. Eu posso interromper este relacionamento a qualquer momento.

PARTE II DIVULGAÇÃO DO CONSENTIMENTO DA INFORMAÇÃO

(apenas para fins de tratamento, pagamento ou operações de assistência médica)
Eu concordo com o uso e a divulgação das minhas informações de saúde; incluindo assistência médica, odontológica, HIV/AIDS, DST, TB, prevenção de abuso de drogas, psiquiatria/psicologia e gestão de casos; para tratamento, operações de pagamento e assistência médica.

PARTE III CERTIFICAÇÃO DE PACIENTE MEDICARE, AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO E PEDIDO DE PAGAMENTO

(Aplica-se apenas a clientes Medicare)
Como Cliente/Representante assinado abaixo, certifico que as informações fornecidas por mim na solicitação de pagamento sob o Título XVIII da Lei de Previdência Social estão corretas. Autorizo a agência acima a divulgar minhas informações de saúde para a Administração da Previdência Social ou seus intermediários/provedores para esta ou para uma reivindicação relacionada ao Medicare. Solicito que o pagamento dos benefícios autorizados seja feito em meu nome. Atribuo os benefícios a serem pagos pelos serviços médicos à agência acima mencionada e a autorizo a enviar uma solicitação de pagamento ao Medicare.

PARTE IV ATRIBUIÇÃO DE BENEFÍCIOS

(Aplicável apenas à Terceiros pagadores)
Como Cliente/Representante abaixo assinado, atribuo à agência mencionada acima todos os benefícios oferecidos por qualquer plano de saúde ou política de despesas médicas. O valor de tais benefícios não deve exceder as despesas médicas estabelecidas na tabela de taxas aprovada. Todos os pagamentos previstos neste parágrafo devem ser feitos à agência acima. Eu sou pessoalmente responsável por cobranças não cobertas por esta atribuição.

PARTE V COLETA, USO OU DIVULGAÇÃO DO NÚMERO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

(Este aviso é fornecido de acordo com a Seção 119.071(5)(a), Estatutos da Flórida.)
Para programas de assistência médica, o Departamento de Saúde da Flórida pode coletar seu número de previdência social para fins de identificação e cobrança, conforme autorizado pelas subseções 119.071(5)(a)2.a. e 119.071(5)(a)6., Estatutos da Flórida. Ao assinar abaixo, concordo com a coleta, uso ou divulgação do meu número de previdência social apenas para fins de identificação e cobrança. Ele não será usado para qualquer outra finalidade. Entendo que a coleta de números de previdência social pelo Departamento de Saúde da Flórida é imperativa para o desempenho de tarefas e responsabilidades, conforme prescrito por lei.

PARTE VI MINHA ASSINATURA ABAIXO CONFIRMA AS INFORMAÇÕES ACIMA E O RECEBIMENTO DO AVISO DE DIREITOS SOBRE PRIVACIDADE

Assinatura do Cliente/Representante _____ Relacionamento do próprio ou do representante com o cliente _____ Data _____
Testemunha (opcional) _____ Data _____

PARTE VII RETIRADA DO CONSENTIMENTO

EU, _____ RETIREI ESTE CONSENTIMENTO, em vigor _____
Assinatura do cliente / representante _____ Data _____

Testemunha (opcional) _____ Data _____

Original para arquivo; Cópia para o cliente

For Office Use Only – Print or Use Label
Client Name: _____
MRN: _____
DOB: _____