

# VACCINE CONSENT FORM

School Name:	Clinic Date:
--------------	--------------

**PLEASE INITIAL THE VACCINE(S) YOU CONSENT FOR YOUR CHILD TO RECEIVE- SCAN FOR INFORMATION REGARDING EACH VACCINE**

TDAP Ages 11 & 12 Tetanus, diphtheria & pertussis  _____ PARENTS INITIALS		MCV Ages 11&12 Meningococcal ACWY  _____ PARENTS INITIALS		MCVB Age 16+ Meningococcal B  _____ PARENTS INITIALS		HPV Age 11+ Human Papillomavirus (Cancer preventative)  _____ PARENTS INITIALS	
--	--	--	--	---	--	--	--

**PLEASE COMPLETE ALL OF THE INFORMATION BELOW - PLEASE PRINT USING INK (INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE ACCEPTED)**

<b>FIRST NAME OF STUDENT:</b>		<b>MIDDLE INITIAL</b>		<b>LAST NAME OF STUDENT:</b>		
GENDER: Male (M) Female (F)	Birth date: (mo/day/yr)	M M D D Y Y Y Y		AGE	GRADE	HOMEROOM TEACHER
ADDRESS			PHONE		MOTHER'S MAIDEN NAME	
CITY	State	Zip Code		STUDENT RACE (1)African American / Black (2) White; (3) Asian (4) Hawaiian / Pacific Islander (5) Alaskan/ Native-American (6) Other		ETHNICITY (1) Hispanic (2) Non-Hispanic
EMAIL ADDRESS:						

The current health care laws require us to bill your insurance company for the vaccine. The service is offered at no cost to you. Answers are always confidential.

My child is insured (YES/NO)	My child has Commercial Insurance:
My child is enrolled with Medicaid VFC Eligible (YES/NO)	Insurance Company Name:
<b>POLICY</b>	<b>POLICY HOLDER'S:</b>
<b>MEMBER ID:</b>	<b>LAST NAME:</b>
	<b>DATE OF BIRTH:</b> M M D D Y Y Y Y

YES NO	WRITE YES OR NO FOR EACH QUESTION
	1. Has your child ever had a life-threatening reaction(s) to the vaccines in the past?
	2. Does your child have an allergy to eggs?
	3. Does your child have a blood disorder such as hemophilia?
	4. Will this be the first time your child has ever received the selected vaccine(s)?
IF YOU HAVE ANY HEALTH QUESTIONS, PLEASE CONTACT YOUR CHILD'S PEDIATRICIAN OR CALL US AT 205-609-0268 TO SPEAK TO A REPRESENTATIVE, PLEASE SEE <a href="http://www.healthheroUSA.com">HTTP://WWW.HEALTHHEROUSA.COM</a> FOR MORE INFORMATION.	



I have read the information about the vaccine and special precautions on the Vaccine Information Sheet. I am aware that I can locate the most current Vaccine Information Statement and other information at [www.immunize.org](http://www.immunize.org) or [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). I have had an opportunity to ask questions regarding the vaccine and understand the risks and benefits. I request and voluntarily consent for the vaccine to be given to the person listed above of whom I am the parent or legal guardian and having legal authority to make medical decisions on their behalf. I acknowledge no guarantees have been made concerning the vaccine's success. I hereby release the school system, HNH Immunizations Inc., MaxVax LLC., Health Heroes and it's affiliates, subsidiaries, affiliated schools of nursing, their directors and employees from any and all liability arising from any accident or act of omission which arises during vaccination. I understand this consent is valid for 6 months and that I will make the school aware of any health changes prior to the vaccination clinic date. I acknowledge that I am giving permission for HNH Immunizations Inc. to adjudicate and appeal claims with my insurance providers on my behalf. Clinic dates can be obtained from the school. I understand that the health-related information on this form will be used for insurance billing purposes and your privacy will be protected. I approve the use of my phone number to receive health related information. I request and voluntarily consent for the vaccine to be given and recorded in state registry for the person listed above.

Printed Name of Parent/Guardian with Authority to Authorize Vaccinations	Signature of Parent/Guardian with Authority to Authorize Vaccinations	Relationship to Child	Date
--	---	-----------------------	------



# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN

Nombre de la Escuela	Fecha de la clínica:
----------------------	----------------------

**POR FAVOR PONGA SUS INICIALES EN LA(S) VACUNA(S) QUE USTED CONSIENTE QUE SU HIJO RECIBA- ESCANEE PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE CADA VACUNA**

TDAP Edad 11 y 12 Tétanos, difteria y tosferina		MCV 11 y 12 años Meningococo ACWY		MCVB Mayores de 16 años Meningococo B		VPH Mayores de 11 años Virus del papiloma humano (Prevención del cáncer)	
INICIALES DE LOS PADRES		INICIALES DE LOS PADRES		INICIALES DE LOS PADRES		INICIALES DE LOS PADRES	

**POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN - POR FAVOR ESCRIBA CON TINTA (NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS)**

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b>		<b>INICIAL MEDIA</b>	<b>APELLIDO DEL ESTUDIANTE</b>		
<b>GÉNERO</b> Masculino (M) Femenino (F)	<b>Fecha de nacimiento</b> (MM/DD/AAAA)	M M D D A A A A	<b>EDAD</b>	<b>GRADO</b>	<b>PROFESOR</b>
<b>DIRECCIÓN</b>			<b>TELÉFONO</b>		<b>APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE</b>
<b>CIUDAD</b>	Estado	Código Postal	<b>RAZA DEL ESTUDIANTE</b> (1)Afroamericano (2) Blanco; (3) Asiatico (4) Hawaiano / Isleño (5) Alaska / Nativo americano (6) Otros		<b>ETNIA</b> (1) Hispano (2) No-Hispano
<b>EMAIL ADDRESS:</b>					

La legislación sanitaria vigente nos obliga a facturar la vacuna a su compañía de seguros. El servicio es gratuito. Sus respuestas son confidenciales.

Mi hijo está asegurado (SI/NO)	Mi hijo tiene un seguro comercial:
Mi hijo está inscrito en Medicaid VFC Elegible (SÍ/NO)	Nombre de la compañía de seguros:
<b>POLIZA:</b>	<b>TITULAR DE LA PÓLIZA:</b>
<b>NÚMERO:</b>	<b>APELLIDO:</b>
	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
	M M D D A A A A

SI	NO	<b>ESCRIBA SI O NO JUNTO A CADA PREGUNTA</b>
		1. ¿Ha tenido su hijo alguna reacción potencialmente mortal a las vacunas en el pasado?
		2. Su hijo es alérgico al huevo?
		3. ¿Padece su hijo algún trastorno sanguíneo como la hemofilia?
		4. ¿Es la primera vez que su hijo recibe la(s) vacuna(s) seleccionada(s)?
SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE SALUD, PÓNGASE EN CONTACTO CON EL PEDIATRA DE SU HIJO O LLÁMENOS AL AL 205-609-0268 PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE, CONSULTE <a href="http://www.healthhero.us">HTTP://WWW.HEALTHHEROUSA.COM</a> PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN.		



He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales que figuran en la Hoja de información sobre la vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración Informativa sobre Vacunas más actualizada y otra información en [www.immunize.org](http://www.immunize.org) o [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que se administre la vacuna a la persona arriba mencionada de la que soy padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han dado garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero al sistema escolar, HNH Immunizations Inc, MaxVax LLC, Health Hero y sus filiales, subsidiarias, escuelas de enfermería afiliadas, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso para que HNH Immunizations Inc. adjudique y apele reclamaciones con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de las clínicas se pueden obtener en la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación del seguro y se protegerá su privacidad. Apruebo el uso de mi número de teléfono para recibir información relacionada con la salud. Solicito y consiento voluntariamente que se administre la vacuna y se inscriba en el registro estatal a la persona arriba indicada.

Nombre del padre/madre/tutor con Autoridad para autorizar las vacunas	Firma del padre/madre/tutor con Autoridad para autorizar las vacunas	Relación con el niño	Fecha
--	---	----------------------	-------

