

Care Van® Program - Influenza Vaccination Consent Form

Caring for Children Foundation of Texas-Care Van Program • P.O. Box 660583 • Dallas, TX 75266-0583 • 800-258-5437 • www.carevan.org

Section 1: Information about Person to Receive Influenza Vaccine (Please Print):

PATIENT NAME: (Last)		(First):	Middle Initial:
Date of Birth (mm/dd/yyyy):	AGE:	SCHOOL NAME (if applicable):	GENDER: (Please circle one) Male Female
RACE: (Circle one-Optional) African-American, American Indian, Asian, Alaskan Native, Caucasian, Hispanic or Latino, Other	HOME ADDRESS:		APT # (if applicable):
CITY:	ZIP CODE:	COUNTY:	PARENT/LEGAL GUARDIAN'S OR PATIENT'S PHONE NUMBER(S):
PARENT/LEGAL GUARDIAN'S NAME (for MINOR PATIENTS under 18 years old):			ALTERNATE/EMERGENCY CONTACT NUMBER:

The Caring for Children Foundation-Care Van Program is a Texas Vaccines for Children (TVFC) provider. We offer all age-appropriate vaccines for eligible children. In special instances, we are able to administer flu vaccination for adults. **Please check (✓) the appropriate eligibility category below (for person receiving vaccine):**
 Medicaid Enrolled American Indian/Alaskan Native Uninsured/No Insurance Underinsured/has insurance that does not pay for flu vaccine

Section 2: Medical Information: Please answer the following questions to determine if you/your child can receive the flu vaccination.

***Please circle Yes or No for each question:**

1. Is the person to be vaccinated sick today? a.) Has the person received any vaccines in the last four weeks? If yes, please list: _____	Yes a. Yes	No No
2. Is the person to be vaccinated younger than age 4 years?	Yes	No
3. Does the person to be vaccinated have an egg allergy or ever had a serious reaction to eggs? a.) Has the person ever had a serious reaction to any influenza vaccine in the past?	Yes a. Yes	No a. No
4. Does the person have any allergies? If so, please list _____	Yes	No
5. Is the person to be vaccinated receiving anti-viral medications?	Yes	No
6. Does the person have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem; or in the past 3 months, taken medications that affect the immune system, such as prednisone, other steroids, drugs for treatment of rheumatoid arthritis, Chron's disease, or anticancer drugs; or have they had radiation treatments?	Yes	No
7. Is the person pregnant?	Yes	No
8. Has the person ever had Guillain-Barre Syndrome (GBS)?	Yes	No

SCREENER'S SIGNATURE: _____

Section 3: Consent to Vaccinate:

CONSENT FOR PERSON LISTED ABOVE TO RECEIVE INFLUENZA VACCINE:
By signing below, I give permission for the person named above to receive injectable influenza vaccine. I acknowledge that the medical information provided above is correct. I received or was offered a copy of a Vaccine Information Statement (also available at www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis). I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand Care Van® Program independent contractors will be administering the vaccine. I release and hold harmless Care Van® Program and Caring for Children Foundation of Texas, Inc. from any and all liability related thereto. I understand the benefits and risks of the influenza vaccine. I understand that participation and receipt of the influenza vaccine through this program is completely voluntary.

Signature of Parent/Legal Guardian or Patient: _____ **Date:** _____

*****FOR CLINIC USE ONLY*****

Inactivated Influenza Vaccine		VIS Date 08-07-15	
Mfg: Sanofi-Pasteur GlaxoSmithKline Seqirus	Administration Route/Site Used: <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> RL		
Lot # _____	Note(s): _____		
Exp Date: _____	Signature of Nurse/Vaccine Administrator: _____		
_____		Date: _____	

Care Van® Program Formulario de Consentimiento para la Vacuna contra la Gripe

Caring for Children Foundation of Texas-Care Van Program • P.O. Box 660583 • Dallas, TX 75266-0583 • 800-258-5437 • www.carevan.org

Sección 1: Información sobre el persona recibir la vacuna antigripal (escribir en letra de molde)

Apellido (Paciente):	Primer Nombre	Inicial de segundo nombre:
Fecha De Nacimiento (mm/dd/yyyy):	Edad: Nombre de la escuela (si es aplicable):	Género (Encierre en un círculo): Hombre Mujer
RAZA (Opcional): afroamericano, blanco, hispano o latino, indio americano, asiático, nativo de Alaska, de Hawái, de otra isla del Pacífico, Otra	Dirección:	Apt # (si es aplicable):
Ciudad:	Código Postal: Condado:	Teléfono:
Nombre de Padre/Madre/Tutor Legal (para menores abajo de 18 años de edad):		Teléfono (de emergencia):
<p>Caring for Children Foundation-Care Van Program es un proveedor de Vacunas para Niños de Texas (TVFC). Ofrecemos todas las vacunas apropiadas para la edad de los niños elegibles. En casos especiales, podemos administrar la vacuna contra la gripe para adultos. Por favor, marque (✓) en un espacio que lo califica elegible:</p> <p>() Esta' inscrito en Medicaid () No tiene seguro medico () Es un Indio Americano/Es nacido en Alaska () Tiene seguro que no paga vacunas</p>		

Sección 2: Información médica: Por favor, conteste las siguientes preguntas para determinar si usted / su hijo puede recibir la vacuna contra la gripe. *Marque con un círculo Sí o No para cada pregunta:

1. Esta la persona que va ser vacunada enfermo hoy? a.) ¿Recibió el persona alguna vacuna en las últimas cuatro semanas? Si, favor de poner la fecha: _____	Sí a. Sí	No a. No
2. La persona , que se va a vacunar, ¿ tiene menos de 4 años	Sí	No
3. La persona, que se va a vacunar, tiene alergia a los huevos o algún componente de la vacuna contra la influenza? a.) ¿Ha tenido el persona alguna vez una reacción grave a alguna vacuna contra la gripe? _____	Sí a. Sí	No a. No
4. ¿Es alérgico a algún medicamenta, alimento? Liste a que es alergia? _____	Sí	No
5. ¿La persona a que se va a vacuna, recibe medicamentos antiviral??	Sí	No
6. La persona que se va vacuna, ¿tiene el sistema inmunológico débil debido al VIH,SIDA o a otra enfermedad que afecta el sistema inmunologico, o en los ultimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	Sí	No
7. ¿La persona está o podría estar embarazada?	Sí	No
8. ¿Ha tenido el persona alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (GBS)? (Un tipo raro de parálisis)	Sí	No

SCREENER'S SIGNATURE _____

Sección 3: Consentimiento para recibir la vacuna

CONSENTIMIENTO PARA QUE EL ALUMNO RECIBA LA VACUNA CONTRA LA GRIPE:

Al firmar abajo, doy permiso para que el persona reciba la vacuna contra la gripe. Reconozco que es correcta la información médica proporcionada por encima. He recibido o han ofrecido una copia de la Declaración de información sobre la vacuna(s) (también disponible en www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis). He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo que Care Van Program® contratistas independientes se administran las vacunas. Yo exonero a Care Van Program y Caring for Children Foundation of Texas, Inc. de cualquier y toda responsabilidad relacionada con el mismo. Entiendo que participar y recibir la vacuna contra la gripe a través de este programa es completamente voluntario. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la gripe. Voluntariamente doy mi autorización para que, y el consentimiento para, Care Van Program de contratistas independientes que administran las vacuna. Al firmar abajo, yo doy permiso para reciba la vacuna entráñalas o inyectable contra la gripe, fecha y firma,

Firma del padre/madre/tutor legal/Paciente: X _____ **Fecha:** _____

****FOR CLINIC USE ONLY (Para uso de la clínica únicamente)****

Inactivated Influenza Vaccine		VIS Date 08-07-15	
Mfg: Sanofi-Pasteur GlaxoSmithKline Seqirus	Administration Route/Site Used: <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> RL		
Lot # _____	Note(s): _____		
Exp Date: _____	Signature of Nurse/Vaccine Administrator: _____		
	Date: _____		