

# Care Van® Program • Adult 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 Vaccine (Please Print):

<b>PATIENT NAME: (Last)</b>		<b>(First):</b>	<b>Middle Initial:</b>
<b>Date of Birth (mm/dd/yyyy):</b>	<b>AGE:</b>	<b>GENDER: (Please circle one)</b> Male      Female	<b>SCHOOL NAME (If applicable):</b>
<b>RACE: (Circle one-Optional)</b> African-American, American Indian, Asian, Alaskan Native, Caucasian, Hispanic or Latino, Other	<b>HOME ADDRESS:</b>		<b>APT # (if applicable):</b>
<b>CITY:</b>	<b>ZIP CODE:</b>	<b>COUNTY:</b>	<b>PHONE NUMBER(S):</b>
<b>EMAIL:</b>			<b>EMERGENCY CONTACT NUMBER:</b>
<b>Please check (✓) the appropriate category below (for person receiving vaccine):</b> ( ) Medicaid Enrolled      ( ) American Indian/Alaskan Native      ( ) No Insurance/Uninsured      ( ) Underinsured/has insurance that <u>does not pay</u> for vaccines			

## Section 2: Medical Information: Please answer the following questions to determine if you can receive vaccinations.

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

1. Are you sick today?	Yes	No
2. Do you have allergies to medications, any food, a vaccine component or latex? If yes, please list: _____	Yes	No
3. Have you ever had a serious reaction after receiving a vaccination?	Yes	No
4. Do you have a long-term health problem with <b>heart disease, lung disease, asthma, kidney disease, metabolic disease</b> (e.g., diabetes), anemia, or other blood disorder?	Yes	No
5. Do you have <b>cancer, leukemia, HIV/AIDS</b> , or any other immune system problem?	Yes	No
6. In the past <u>3 months</u> , have you taken medications that affect the immune system, such as <b>cortisone, prednisone, other steroids</b> , or anticancer drugs; drugs for <b>rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis</b> ; or have you had <b>radiation treatments</b> ?	Yes	No
7. Have you had a seizure or a brain disorder or other nervous system problem?	Yes	No
8. During the past year, have you received a <b>transfusion of blood</b> or blood products, or been given <b>immune (gamma) globulin</b> or an <b>antiviral drug</b> ?	Yes	No
9. For women: Are you <b>pregnant</b> or is there a chance you could become pregnant during the next month?	Yes	No
10. Have you received any <b>vaccinations in the past four weeks</b> ? If yes, please list: _____	Yes	No
11. Have you ever had <b>Guillain-Barre Syndrome (GBS - A rare type of paralysis)</b> ?	Yes	No

SCREENER'S SIGNATURE: \_\_\_\_\_

## Section 3: Consent to Vaccinate:

<b>CONSENT FOR PERSON/PATIENT LISTED ABOVE TO RECEIVE VACCINE:</b>			
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 <a href="http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis">www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis</a> ) for each vaccine I may receive. 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(s). 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 receiving vaccinations. I understand that participation and receipt of vaccine through this program is completely voluntary.			
<b>Patient Signature:</b> _____		<b>Date:</b> _____	
<b>***FOR CLINIC STAFF USE ONLY***</b>			
Vaccine	Date Vaccine/ VIS Given	Lot #	Site Used
<b>Tdap</b> ( <i>Tetanus/Diphtheria/Pertussis</i> )      VIS 2/24/15			LA   RA   LL   RL
<b>Flu</b> (Inactivated Influenza)      VIS 8/7/15			LA   RA   LL   RL
Signature of Nurse/Vaccine Administrator: _____			
Date: _____			

# Care Van® Program • Formulario de Consentimiento para la Vacunación de Adultos

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 la persona que va recibir las vacunas (escribir en letra de molde):

<b>Apellido (Paciente):</b>		<b>Primer Nombre</b>	<b>Inicial de segundo nombre:</b>
<b>Fecha De Nacimiento (mm/dd/yyyy):</b>	<b>Edad:</b>	<b>Género (Encierre en un círculo):</b> Hombre      Mujer	<b>Nombre de la escuela (si es aplicable):</b>
<b>RAZA (Opcional):</b> afroamericano, blanco, hispano o latino, indio americano, asiático, nativo de Alaska, de Hawái, de otra isla del Pacífico, Otra		<b>Dirección:</b>	<b>Apt # (si es aplicable):</b>
<b>Ciudad:</b>	<b>Código Postal:</b>	<b>Condado:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Email:</b>			<b>Teléfono (de emergencia):</b>
<b>Por favor, marque (✓) la categoría apropiada a continuación (para la persona que va recibir las vacunas):</b> <input type="checkbox"/> Esta inscrito en Medicaid <input type="checkbox"/> No tiene seguro medico <input type="checkbox"/> Es un Indio Americano/Es nacido en Alaska <input type="checkbox"/> Tiene seguro que no paga vacunas			

## Sección 2: Información médica: Por favor, conteste las siguientes preguntas para determinar si puede recibir las vacunas.

**\*Marque con un círculo Sí o No para cada pregunta:**

1. ¿Estas enfermo hoy?	Sí	No
2. ¿Tiene alergia a medicamentos, a cualquier alimento, a un componente de la vacuna o al látex? Si, favor de poner la fecha: _____	Sí	No
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna?	Sí	No
4. ¿Tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes), anemia u otro trastorno sanguíneo?	Sí	No
5. ¿Tiene cáncer, leucemia, VIH / SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunológico?	Sí	No
6. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunitario, como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer? medicamentos para la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha tenido tratamientos de radiación?	Sí	No
7. ¿Ha tenido un ataque o un trastorno cerebral o otro problema del sistema nervioso?	Sí	No
8. Durante el último año, ¿ha recibido una transfusión de sangre o hemoderivados, o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?	Sí	No
9. Para mujeres: ¿está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada durante el próximo mes?	Sí	No
10. ¿Ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro semanas? Si, favor de poner la fecha: _____	Sí	No
11. ¿Alguna vez ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre (GBS - Un tipo raro de parálisis)?	Sí	No

SCREENER'S SIGNATURE: \_\_\_\_\_

## Sección 3: Consentimiento para recibir la vacuna

### CONSENTIMIENTO PARA LA PACIENTE PARA RECIBIR LA VACUNA:

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](http://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 vacunas. Voluntariamente doy mi autorización para que, y el consentimiento para, Care Van Program de contratistas independientes que administran las vacuna.

**Firma de Paciente:** X \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\*\*\*FOR CLINIC STAFF USE ONLY\*\*\*

Vaccine	Date Vaccine/ VIS Given	Lot #	Site Used
<b>Tdap (Tetanus/Diphtheria/Pertussis)</b> VIS 2/24/15			LA   RA   LL   RL
<b>Flu (Inactivated Influenza)</b> VIS 8/7/15			LA   RA   LL   RL

Signature of Nurse/Vaccine Administrator: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_