



2018-2019 Seasonal Flu Shot (IIV) Vaccine Consent Form

Full, Legal Name of Student (First Name Middle Initial, Last Name) PLEASE PRINT		Name of School	
Parent/Guardian Name (First Name Middle Initial, Last Name)		Relationship to Student	
Homeroom Teacher / Grade			
Address		Email Address	
Birth Date (month / date / year)		Age	
Sex			
City		Zip Code	
Home Phone #		Cell Phone #	

Please CHECK ONE and fill out the following questions

Insurance <input type="checkbox"/>	CHIP/STAR/Medicaid <input type="checkbox"/>	American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/>
Underinsured (insurance does not cover Flu vaccine) <input type="checkbox"/>	My child does not have health insurance \$5 Administrative Fee requested date of clinic <input type="checkbox"/>	
Insurance Company:	Member ID:	
Policy Holder's Name:	Policy Holder's Date of Birth:	

The current health care laws require us to bill your insurance company for the vaccine. There will be no out of pocket expense for those insured.

QUESTIONS : CHECK YES OR NO FOR EACH QUESTION

Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1.) Is your child 4 years or older?
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	2.) Do any of the following apply to your child? (If you answer YES, your child cannot receive a Flu Vaccine at school - please contact your child's doctor)
<ul style="list-style-type: none"> Allergy to chicken eggs or egg products Life threatening reaction(s) to flu vaccine in the past Allergy to Latex Has had Guillain-Barre syndrome (very rare) 		
Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	3.) Do any of the below apply to your child?
<ul style="list-style-type: none"> Has long-term health problems with weakened immune system, heart disease, lung disease (e.g. cystic fibrosis), liver disease, kidney disease, or metabolic disorders (e.g. diabetes) or blood disorders (e.g. sickle disease or thalassemia) 		
<p>IF YOU HAVE ANY HEALTH QUESTIONS, PLEASE CONTACT YOUR CHILD'S PEDIATRICIAN OR CALL AURORA CONCEPTS AT 936-598-3296 TO SPEAK TO A NURSE.</p>		

I acknowledge that Aurora Concepts provided me and I have been afforded the opportunity to read the Notice of Privacy Practices and CDC Vaccine Information Statement for the Inactivated Influenza Vaccine (IIV) on their website: www.auroraconcepts.net under the 'Patient Resources' tab.

I give permission to Aurora Concepts and their administrators to give my child the vaccine in my absence, to communicate with other healthcare providers, as needed, and for data entry, billing and storage according to Texas Department of Health policies, to assure optimal healthcare for my child. I hereby release Aurora Concepts, and my child's school district from any and all liability associated with the administration and potential side effects of the vaccine.

YES, I wish to participate

 NO, I do not wish to participate

 Printed Name of Parent/Guardian Signature of Parent/Guardian Date

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY FOR ADMINISTRATION

VIS CDC IIV _____	IIV 0.5 ML IM Injection (Flucelvax/Fluzone)	VIS CDC IIV _____	IIV 0.5 ML IM Injection (Flucelvax/Fluzone)
LOT NUMBER _____	EXP DATE _____	LOT NUMBER _____	EXP DATE _____
VACCINE MANUFACTURER _____		VACCINE MANUFACTURER _____	
TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR _____		TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR _____	
SIGNATURE _____	DATE _____ (RD IM) OR (LO IM)	SIGNATURE _____	DATE _____ (RD IM) OR (LO IM)



Formulario de consentimiento para la vacuna contra la gripe estacional (IIV) 2018-2019

Nombre completo y legal		Nombre de Escuela	
Nombre de Padre	Relacion al Estudiante	Maestro/Grado	
Dirreccion	Correo Electronico	Fecha de Nacimiento	
Ciudad	Codigo Postal	Telefono	Celular

Favor de escoger y llenar los siguientes preguntas

Asegurnza Privado
 CHIP/STAR/Medicaid
 Indio Americano/Navitvo de Alaska
 Asegurana no cubre
 Mi hijo(a) no tiene aseguranzz (Habrá un cobro de\$5)

Nombre de Aseguranza:	Numero de Identificacion:
Titular de la Poliza:	Fecha de Nacimiento del titular:

Las leyes actuales de atención médica nos exigen que le facturemos a su compañía de seguros por la vacuna. No habrá gastos de bolsillo para los asegurados.

PREGUNTAS: ESCOGE SI O NO PARA CADA PREGUNTA

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1.) ¿Su hijo(a) tiene más de cuatro años?
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	2.) ¿Alguno de los siguientes se aplica a su hijo? (Si responde que si, su hijo no puede recibir la vacuna contra la gripe en la escuela. (Comuníquese con el medico de su hijo(a) ¿Alergia a huevos de gallino o productos de huevo? ¿Reacciones que amenazan la vida a la vacuna contra la gripe en el paso? ¿Alergia al Látex? ¿Síndrome Hashas Guillain-Barre (muy raro)
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	3.) ¿Alguno de los siguientes se aplica a su hijo(a)? ¿Tiene problemas de salud a largo plazo con un Sistema immune debilitado, enfermedad cardiac, enfermedad pulmonar, hepatica, renal o trastornos metabolicos o trastornos sanguineos?

Si Usted tiene preguntas, comuníquese con el pediatra de su hijo o hable a Aurora Concepts, para hablar con una enfermera. (936)598-3296

Reconozco que Aurora Concepts me brindo la oportunidad de leer el aviso de practicas de privacidad y la declaracion de informacion sobre vacunas CDC para la vacuna contra la influenza inactivada (IIV) en su sition web: www.auroraconcepts.net en la pestana Recursos para el paciente.

Doy mi permiso a Aurora Concepts y sus administradores para darle a mihijo la vacuna en mi ausencia, para comunicarme con los proveedores de atencion medica, segun sea necesario, y para la entrada de datos, facturacion y almacenamiento de acuderdo con las politicas del Departamento de Salud de Texas, para asegurar una atencion medica optima para mihijo. Por la presente, publico Aurora Concepts y distrito escolar de mi hijo de cualquier responsabilidad relacionada con la adminitracion y los posibles efectos secundarios de la vacuna.

Si, Quiero Participar **NO, No quiero Participar**

Nombre de Padre Firma de padre Fecha

AREA PARA USO OFICIAL SOLO PARA LA ADMINISTRACION

VIS CDC IIV _____	IIV 0.5 ML IM Injection (Flucelvax/Fluzone)	VIS CDC IIV _____	IIV 0.5 ML IM Injection (Flucelvax/Fluzone)
LOT NUMBER _____	EXP DATE _____	LOT NUMBER _____	EXP DATE _____
VACCINE MANUFACTURER _____		VACCINE MANUFACTURER _____	
TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR _____		TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR _____	
SIGNATURE _____	DATE _____ (RD IM) OR (LO IM)	SIGNATURE _____	DATE _____ (RD IM) OR (LO IM)