School-Based 2009 H1N1 Influenza Vaccine Consent Form

Student's Name (First): _____ (Middle): _____ (Last): _____

Date of Birth: _____ Gender: M or F Age: _____

Mailing Address: _____ Zip Code _____

City: _____ State: _____ Phone Number: _____

Parent/Legal Guardian's Name: _____ Mother's Maiden Name: _____

School Name: _____ Grade: _____

The following questions will help us to know if your child can get the 2009 H1N1 influenza vaccine. Please mark YES or NO for each question.

	Yes	No
Does your child have a serious allergy to eggs?		
Does your child have any other serious allergies? Please list: _____		
Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?		
Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine		

There are two kinds of 2009 H1N1 influenza vaccine. Your answers to the following questions will help us know which of the two kinds of vaccine your child can get.

	Yes	No
Has your child received any other vaccinations in the past 4 weeks? Vaccine: _____ Date given: month _____ day _____		
Does your child have any of the following: asthma, diabetes (or other type of metabolic disease), or disease of the lungs, heart, kidneys, liver, nerves, or blood?)		
Is your child on long-term aspirin or aspirin-containing therapy (for example, does your child take aspirin every day)?		
Does your child have a weak immune system (for example, from HIV, cancer, or medications such as steroids or those used to treat cancer)?		
Does your child have close contact with a person who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow transplant)?		
Is your child pregnant or could she become pregnant within the next month?		

IRIS: I give permission to enroll me or my child and to transfer my or my child's immunization records into the Idaho Immunizations Reminder Information System (IRIS) to ensure that this vaccination record is available to me, my or my child's health care providers and schools. I understand I may be asked for information that will help ensure my or my child's records are accurate and will not be confused with another person's records, such as: mother's maiden name, telephone number, child's gender, and child's eligibility for free vaccine.

I authorize inclusion of all information into IRIS. _____ NO (do not enroll me/my child in IRIS)

Signature _____ Date _____

CONSENT

I have read or had explained to me the 2009-2010 Vaccine Information Statement for the 2009 H1N1 influenza vaccine and understand the risks and benefits.

I GIVE CONSENT to Central District Health Department and its staff for my child named at the top of this form to be vaccinated with this vaccine. (If this consent from is not signed, dated, and returned, then your child will not be vaccinated at school)

Signature of Parent/Legal Guardian _____

Date: month _____ day _____ year _____

I DO NOT GIVE CONSENT to Central District Health Department and its staff for my child named at the top of this form to be vaccinated with this vaccine.

Signature of Parent/Legal Guardian _____

Date: month _____ day _____ year _____

For Official Use Only

Flu Manufacturer: ☐ Sanofi ☐ Aventis ☐ GSK ☐ MedImmune Lot#: _____

Dose: ☐ 0.25 ml ☐ 0.5 ml

Inject Site: ☐ Lt ☐ Rt ☐ deltoid ☐ thigh Other: _____

☐ Nasal Spray Lot#: _____

Date Given: _____ Signature of Administrator: _____

Forma de Concentimiento para Influenza H1N1 2009 Para Las Escuelas

Primer Nombre de Estudiante: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: M / F Edad: _____

Domicilio: _____ Código Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

Nombre de Padres/Guardián: _____ Apellido de Soltera de su Mama: _____

Nombre de Escuela: _____ Grado: _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si usted o su hijo(a) pueden recibir la vacuna para H1N1 2009. Por favor de marcar SI o NO para cada pegunta.

	Si	No
Tiene su hijo(a) alergia a huevos?		
Tiene su hijo(a) otras grabes alergias? Por favor lista: _____		
Ha tenido su hijo(a) alguna reacción seria a alguna vacuna de la gripe anterior?		
Ha tenido su hijo(a) el síndrome de Guillain-Barre (un tipo de debilidad seria temporalmente en los músculos) dentro de 6 semanas después de ver recibido la vacuna de la gripe?		

Hay dos tipos de la vacuna H1N1 2009 Influenza. Sus respuesta a las siguientes preguntas nos ayudarán a saber cual de las dos clases de vacuna pueda recibir su niño(a).

	Si	No
¿Ha recibido su hijo(a) vacunas en las ultimas 4 semanas? Vacuna: _____ Fecha recibida: mes _____ día _____		
¿Su hijo(a) tiene alguno de los siguiente: asma, diabetes (o alguna otra enfermedad metabólica), o enfermedad de los riñones, del corazón, de los pulmones, los nervios, el hígado o enfermedad de la sangre?		
¿Su hijo(a) toma aspirina a largo plazo (por ejemplo, toma su hijo(a) aspirina todos los días)? O recibe terapia conteniendo aspirina		
¿Su hijo(a) tiene el sistema inmunológico débil debido a (VIH/SIDA, o a otra enfermedad que afecta el sistema inmulogíco, tratamiento a largo plazo con medicamentos como esteroides o tratamiento contra el cáncer como rayos X o medicamentos)?		
¿Su hijo(a) espera tener contacto cercano con una persona que debe tener su ambiente protegido (por ejemplo, una persona que a tenido recién un transplante de medula ósea)?		
¿Su hija puede estar embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes?		

IRIS: Yo doy permiso para que registren mi nombre o el de mi hijo y para que **transfieran** mis registros de vacunas o los de mi hijo al **Sistema de Información para el Recordatorio de las Vacunas** para asegurarse de que este registro de vacunas esta disponible para mi uso, para el proveedor del cuidado de la salud mío o el de mi hijo, para los proveedores del cuidado infantil y para las escuelas. Comprendo de que tal vez me pidan información para que puedan mantener los registros correctos y que no sean confundidos con los de otra persona, como: el nombre de soltera de mi madre, numero de teléfono, sexo y la elegibilidad de mi hijo para recibir vacunas gratis. Yo autorizo la inclusión de toda esta información en el IRIS. _____ NO (No me inscriba a mi o mi niño en IRIS)

Signatura _____ Date _____

CONSENTIMIENTO

He leído o se a explicado a mi la información acerca de la vacuna H1N1 influenza 2009-2010. Entiendo los beneficios y riesgos.

Yo doy consentimiento para que el Departamento de Salud Central y su personal atiendan a mi hijo(a) normado arriba para recibir esta vacuna. (Si esta forma no se regresa, llenada y firmada, su hijo(a) no recibirá la vacuna en la escuela)

Firma de Padre(s)/Guardián: _____

Fecha: Mes_____ Día_____ Año_____

Yo no doy consentimiento para que el Departamento de Salud Central y su personal vacunen a mi hijo(a) nombrado arriba.

Firma de Padre(s)/Guardián _____

Fecha: Mes_____ Día_____ Año_____

For Official Use Only

Flu Manufacturer: ☐ Sanofi ☐ Aventis ☐ GSK ☐ MedImmune Lot#: _____

Dose: ☐ 0.25 ml ☐ 0.5 ml

Inject Site: ☐ Lt ☐ Rt ☐ deltoid ☐ thigh Other: _____

☐ Nasal Spray Lot#: _____

Date Given: _____ Signature of Administrator: _____

elh10/9/09