



Annual Influenza Vaccine Consent Form FLU SHOT and NASAL SPRAY

Section 1: Information about Child to Receive Vaccine (please print)

STUDENT'S NAME (Last)		(First)	(M.I.)	STUDENT'S DATE OF BIRTH	
				Month	Day Year
PARENT/LEGAL GUARDIAN'S NAME (Last)		(First)	(M.I.)	STUDENT'S AGE	STUDENT'S GENDER M / F
ADDRESS			PRINT PARENT/GUARDIAN DAYTIME PHONE #:		
CITY	STATE	ZIP			
SCHOOL		HOMEROOM TEACHER'S NAME		GRADE	

Section 2: Screening for Vaccine Eligibility Please mark YES or NO for each question.

*Has your child received at least (1) dose of seasonal influenza vaccine since July 1, 2019? YES ___ NO ___

Please answer for persons under the age of 19 years old:	YES	NO
1. Is your child Medi-Cal eligible/have Medi-Cal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is your child uninsured?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is your child Native American Indian or Alaskan Native?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is your child underinsured? (Children with health insurance that does not cover all immunizations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The following questions will help us to know if your child can receive the influenza vaccine.		
5. Does your child have a serious allergy to eggs or Gentamycin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Your answers to the following questions will determine if your child will receive an injection or nasal mist.		
8. Has your child received any vaccine (not just flu) within the past 30 days? (e.g., MMR and (or) Varicella "Chicken Pox" vaccine.) Vaccine: _____ Date given: month _____ day _____ year _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Is your child on long-term aspirin or aspirin-containing therapy (does your child take aspirin everyday)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Does your child have a weak immune system (for example, from HIV, cancer, or medications such as steroids or those used to treat cancer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Is your child pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENT FOR CHILD'S VACCINATION:

I have read or had explained to me the 2019 Vaccine Information Statement for the seasonal influenza vaccine and understand the risks and benefits. I hold harmless the school district, school site, and individual administering the vaccine. I acknowledge that no guarantee has been provided for the success of the vaccine.

By signing, the signature space provided below, **I GIVE CONSENT** to the Stockton Unified School District and its staff for my child, named at the top of this form, to receive either the injectable vaccine or the intranasal vaccine as appropriate based on the answers to the above questionnaire. I understand if my child is under the age of 9 years old, they will receive a second dose of the vaccine 4 weeks after the first dose. Furthermore, I understand that if this consent form is not signed, my child will not be vaccinated.

Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date: Month _____ Day _____ Year _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Route	Date Dose Administered	IM Site	Administrator	Lot Number	Health Futures ID#
Influenza	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	/ /				
Influenza	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	/ /				



Formulario De Consentimiento Anual Para La Vacuna Aerosol Nasal Contra La Influenza

Sección 1: Información sobre el Niño o Niña para Recibir Vacuna (por favor escriba en letra de imprenta)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)		(Nombre De Pila)	(Inicial Del Segundo Nombre)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE Mes _____ Día _____ Año _____	
NOMBRE DE LOS PADRES/GUARDIANES (Apellido)		(Nombre De Pila)	(Inicial Del Segundo Nombre)	EDAD DEL ESTUDIANTE	GENERO DEL ESTUDIANTE M / F
DIRECCIÓN			NUMERO DE TELEFONO DIURNO DE LOS PADRES/GUARDIANES:		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
NOMBRE ESCOLAR		NOMBRE DEL MAESTRO O MAESTRA		GRADO	

Sección 2: Selección de Elegibilidad de la Vacuna Por Favor, marque Si o NO para cada pregunta.

*¿Ha recibido su hijo o hija al menos una (1) dosis de la vacuna contra la influenza de temporada desde 1 Julio, 2019? SI ___ NO ___

Favor de responder para los niños menores de 19 años:	SI	NO
1. ¿Es elegible el niño para MediCal o ya tiene MediCal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene el niño seguro médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es el niño nativo-Americano o nativo de Alaska?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene el niño seguro médico insuficiente? (niños con seguro médico que no cubre todas las vacunas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si su hijo o hija puede recibir la vacuna contra la influenza.		
5. ¿Su hijo o hija tiene una alergia grave a los huevos o Gentamycin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido su hijo o hija alguna vez una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido su hijo o hija el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa temporal) dentro de 6 semanas después de recibir una vacuna contra la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay dos tipos de vacuna contra la influenza estacional. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a saber cuál de los dos tipos de vacuna puede recibir su hijo o hija.		
8. ¿Ha recibido su hijo o hija alguna vacuna en los últimos 30 días? (Por ejemplo, el Triple Viral SRP "MMR", SR y (o) vacuna contra la varicela "Chicken Pox".) Vacuna: _____ Fecha dada: Mes _____ Día _____ Año _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene su hijo o hija alguno de los siguientes: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica) o enfermedad de los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, los nervios o la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Su hijo o hija recibe aspirina a largo plazo o terapia que contenga aspirina (por ejemplo, su hijo toma aspirina todos los días)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tiene su hijo o hija un sistema inmunitario débil (por ejemplo, de VIH, cáncer o medicamentos como los esteroides o los que se usan para tratar el cáncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Está embarazada su hija?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Tiene su hijo o hija contacto cercano con una persona que necesita atención en un entorno protegido (por ejemplo, alguien que haya recibido recientemente un trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN INFANTIL:

He leído o me han explicado la Declaración de información sobre vacunas 2019 para la vacuna contra la influenza de temporada y entiendo los riesgos y beneficios. Mantengo a salvo el distrito escolar, el sitio escolar y la persona que administra la vacuna. Reconozco que no se ha proporcionado ninguna garantía para el éxito de la vacuna.

Al firmar, el espacio para la firma que se proporciona a continuación, **DOY MI CONSENTIMIENTO** al Stockton Unified School District a su personal para mi hijo o hija, nombrado en la parte superior de este formulario, para recibir la vacuna inyectable o la vacuna intranasal según corresponda en función de las respuestas al cuestionario anterior. Entiendo que, si mi hijo es menor de 9 años, recibirá una segunda dosis de la vacuna 4 semanas después de la primera dosis. Además, entiendo que, si este formulario de consentimiento no está firmado, mi hijo no será vacunado.

Firma Del Padre/Guardián Legal _____ **Fecha: Mes** _____ **Día** _____ **Año** _____

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Vaccine	Route	Date Dose Administered	IM Site	Administrator	Lot Number	Health Futures ID#
Influenza	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	/ /				
Influenza	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal	/ /				