

Flu Vaccine Consent Form

School Name: _____ Clinic Date: _____

PLEASE COMPLETE ALL OF THE INFORMATION BELOW - Please print using ink (Incomplete forms will not be accepted)

FIRST NAME of student:								MIDDLE INITIAL										LAST NAME of student:											SUFFIX (Jr., III, etc)
Gender: Male Female		Birthdate: (mo,day,yr)									Age			Homeroom Teacher/Grade															
Address															Phone # () -					Mother's Maiden Name: (For registry)									
City					Zip Code					State					Race: (Circle one) African American / Black White Alaskan/ Native-American Asian Hawaiian / Pacific Islander Other Ethnicity: (circle one) Hispanic Non-Hispanic														
Email address:																													

The current health care laws require us to bill your insurance company for the vaccine. The service is offered at no cost to you. Answers are always confidential.

Please fill out the following questions pertaining to your health insurance:

Medicaid <input type="checkbox"/>	No insurance <input type="checkbox"/>	Insurance Company:																	
Policy Holder's First Name:										Policy Holder's Last Name:									
Member ID:										Policy Holder's Date of Birth: (mo,day,yr)									

CHECK YES OR NO FOR EACH QUESTION

YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Has your child ever had a life-threatening reaction(s) to the flu vaccine in the past?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Has your child ever had Guillain-Barre' syndrome?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Does your child have an allergy to eggs?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Does your child have a blood disorder such as hemophilia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Will this be the first time your child has ever received a flu vaccination?



I have read the information about the vaccine and special precautions on the Vaccine Information Sheet. I am aware that I can locate the most current Vaccine Information Statement and other information at www.immunize.org or www.cdc.gov. I have had an opportunity to ask questions regarding the vaccine and understand the risks, benefits and alternatives I understand that it is not possible to predict all possible side effects or complications associated with receiving vaccines. I request and voluntarily consent for the vaccine to be given to the person listed above of whom I am the parent or legal guardian and having legal authority to make medical decisions on their behalf. I acknowledge no guarantees have been made concerning the vaccine's success. On behalf of my child and our heirs, I hereby release MaxVax LLC., affiliates, affiliated schools of nursing, their directors, employees and agents from any and all liability arising from any act or omission which arises during or in connection with a vaccination. I understand this consent is valid for 6 months and that I will make the school aware of any health changes prior to the vaccination clinic date. I acknowledge that I am giving permission for MaxVax LLC. To file, adjudicate and appeal claims with my insurance providers on my behalf. Clinic dates when the vaccine will be administered can be obtained from the school. I understand that the health-related information on this form will be used for insurance billing purposes and the Personal Health Information contained herein will be protected per the law. I understand the purposes/benefits of Florida SHOTS, Florida's immunization registry and I request and voluntarily consent for the vaccine to be given and recorded in Florida SHOTS for the person listed above.

Printed Name of Parent/Guardian _____ Signature of Parent/Guardian _____ Relationship to child _____ Date _____

VIS CDC IIV 08/06/2021 LOT Number: RN#	FLUCELVAX EXP Date: Date:	Health Hero Florida 320 1st St N #103 Jacksonville Beach, FL 32250 help@beahealthhero.com www.beahealthhero.com	HEALTH HERO FLORIDA You Keep Them Learning. We Keep Them Healthy.
AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY			

VACCINE INFORMATION STATEMENT

Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): What you need to know

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.hhs.gov/vaccines.
Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Véase www.hhs.gov/vaccines.

1. Why get vaccinated?

Influenza vaccine can prevent influenza (flu).

Flu is a contagious disease that spreads around the United States every year, usually between October and May. Anyone can get the flu, but it is more dangerous for some people. Infants and young children, people 65 years and older, pregnant people, and people with certain health conditions or a weakened immune system are at greatest risk of flu complications.

Pneumonia, bronchitis, sinus infections, and ear infections are examples of flu-related complications. If you have a medical condition, such as heart disease, cancer, or diabetes, flu can make it worse. Flu can cause fever and chills, sore throat, muscle aches, fatigue, cough, headache, and runny or stuffy nose. Some people may have vomiting and diarrhea, though this is more common in children than adults. In an average year, thousands of people in the United States die from flu, and many more are hospitalized. Flu vaccine prevents millions of illnesses and flu-related visits to the doctor each year.

2. Influenza vaccines

CDC recommends everyone 6 months and older get vaccinated every flu season. **Children 6 months through 8 years of age** may need 2 doses during a single flu season. **Everyone else** needs only 1 dose each flu season.

It takes about 2 weeks for protection to develop after vaccination.

There are many flu viruses, and they are always changing. Each year a new flu vaccine is made to protect against the influenza viruses believed to be likely to cause disease in the upcoming flu season.

Even when the vaccine doesn't exactly match these viruses, it may still provide some protection.

Influenza vaccine does not cause flu.

Influenza vaccine may be given at the same time as other vaccines.

3. Talk with your health care provider

Tell your vaccination provider if the person getting the vaccine:

- Has had an allergic reaction after a previous dose of influenza vaccine, or has any severe, life-threatening allergies
- Has ever had Guillain-Barré Syndrome (also called "GBS")

In some cases, your health care provider may decide to postpone influenza vaccination until a future visit.

Influenza vaccine can be administered at any time during pregnancy. People who are or will be pregnant during influenza season should receive inactivated influenza vaccine.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting influenza vaccine.

Your health care provider can give you more information.

4. Risks of a vaccine reaction

- Soreness, redness, and swelling where the shot is given, fever, muscle aches, and headache can happen after influenza vaccination.
- There may be a very small increased risk of Guillain-Barré Syndrome (GBS) after inactivated influenza vaccine (the flu shot).

Young children who get the flu shot along with pneumococcal vaccine (PCV13) and/or DTaP vaccine at the same time might be slightly more likely to have a seizure caused by fever. Tell your health care provider if a child who is getting flu vaccine has ever had a seizure.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

5. What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call 9-1-1 and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at www.vaers.hhs.gov or call 1-800-832-7967. VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff members do not give medical advice.

6. The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines. Claims regarding alleged injury or death due to vaccination have a time limit for filing, which may be as short as two years. Visit the VICP website at www.hrsa.gov/vaccinecompensation or call 1-800-338-2382 to learn about the program and about filing a claim.

7. How can I learn more?

- Ask your health care provider.
- Call your local or state health department.
- Visit the website of the Food and Drug Administration (FDA) for vaccine package inserts and additional information at www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Call 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) or
 - Visit CDC's website at www.cdc.gov/flu.



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

Vaccine Information Statement
Inactivated Influenza Vaccine

42 U.S.C. § 300aa-26
8/6/2021

OFFICE
USE
ONLY



FORMA DE CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE

Nombre de la escuela: _____

POR FAVOR COMPLETA TODA LA INFORMACION A CONTINUACION – IMPRIMA CON TINTA (NO SE ACEPTARAN FORMULARIOS INCOMPLETOS)

NOMBRE de Estudiante:		Segundo Nombre		APELLIDO de Estudiante:		SUFIJO (Jr., III, etc)	
Género: Niño o Niña		Nacimiento: (mes,día,año)		Edad		Profesor del salon / Grado	
Dirección				Teléfono # () -		Apellido de Soltera de la Madre	
Ciudad		Código postal		Estado		Carrera Estudiantil: (Circulo uno) Afroamericano Blanco Alaskan/ Nativo-Americano Asiático Hawaiano/Isléño del Pacifico Otro Origen Etnico: (círculo uno) Hispana O No hispanos	
Dirección de correo electrónico:							

Las leyes vigentes en materia de atención médica nos obligan a facturar la vacuna a su compañía de seguros. El servicio se ofrece sin costo para usted. Las respuestas son siempre confidenciales.

Por favor complete las siguientes preguntas acerca de su Seguro medico

Medicaid <input type="checkbox"/>	Mi hijo NO tiene seguro médico <input type="checkbox"/>	Compañía de Seguros:	
Titular de la póliza Nombre:		Titular de la póliza Apellido:	
ID de Miembro:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza: (mes,día,año)		

CHECK SI O NO PARA CADA PREGUNTA

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe en el pasado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Tu hijo ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Su hijo tiene alergia a los huevos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Su hijo tiene un trastorno de la sangre como hemofilia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Es la primera vez q su hijo recibe una vacuna contra la gripe?



He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de Información de Vacunas. Soy consciente de que puedo localizar la Declaración de Información sobre Vacunas más reciente y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entender los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna se dé a la persona mencionada anteriormente de quien soy el padre o tutor legal y que tenga autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han hecho garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero el sistema escolar, MaxVax LLC., y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que voy a hacer que la escuela sea consciente de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso a MaxVax, LLC. para resolver y apelar con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de la clínica se pueden obtener de la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación de seguros y su privacidad estará protegida. Solicito y consiento voluntariamente que se le dé la vacuna y se registre en Florida SHOTS para la persona mencionada anteriormente. Soy el padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre.

Nombre impreso del padre/tutor

Firma del Padre/Tutor

Relación con el niño

Fecha

VIS CDC IIV 08/06/2021

FLUCELVAX

LOT Number:

EXP Date:

RN #

Date:

AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY

Health Hero Florida

320 1st St N #103
Jacksonville Beach, FL 32250
help@beahealthhero.com

www.beahealthhero.com

HEALTH
HERO
FLORIDA

You Keep Them Learning.
We Keep Them Healthy.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): Lo que necesita saber

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.imzaction.org/vis.
Están disponibles logos de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite www.imzaction.org/vis.

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la influenza puede prevenir la influenza (gripe).

La gripe es una enfermedad contagiosa que se propaga cada año en Estados Unidos, generalmente entre octubre y mayo. Aunque cualquiera puede contraer la gripe, es más peligrosa para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, personas de 65 años o más, embarazadas y las personas con ciertas enfermedades o sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe.

La neumonía, bronquitis, infecciones sinusales e infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarla.

La gripe puede causar fiebre y escarificos, dolor de garganta, dolor muscular, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Aunque algunas personas podrían tener vómito y diarrea, esto es más frecuente en niños que en adultos.

En un año promedio, **miles de personas mueren por influenza en Estados Unidos** y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene cada año millones de casos de la enfermedad y visitas al médico relacionadas con la gripe.

2. Vacuna contra la influenza

Los CDC recomiendan que todas las personas de 6 meses o más se vacunen en cada temporada de gripe. **En niños de 6 meses a 8 años**, se podrían necesitar 2 dosis durante una sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se produce una nueva vacuna contra la gripe para proteger contra los virus de la influenza que se cree que probablemente causen enfermedad en la temporada venidera de gripe. Incluso si la vacuna no coincide exactamente con estos virus, todavía brindaría cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **Guillain-Barré Syndrome** (también llamado "GBS").

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza hasta una visita futura.

La vacuna contra la gripe se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo. Las personas que están o estarán embarazadas durante la temporada de influenza deben recibir la vacuna inactivada contra la influenza.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad

moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra la influenza. Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Podría haber **dolor, enrojecimiento e hinchazón** en el sitio de la inyección, **fiebre, dolor muscular y dolor de cabeza** después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Es posible un **aumento muy pequeño del riesgo** de contraer el **Guillain-Barré Syndrome (GBS)** después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben juntas la vacuna contra la gripe y la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTap podrían tener probabilidades ligeramente mayores de convulsiones causadas por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si un niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido **convulsiones** alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una **reacción alérgica grave** (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al 9-1-1 y lleve a la persona al hospital más cercano.

llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al 1-800-832-7967. **El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.**

6. Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o inconvenientes debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en www.hhs.gov/vaccinecompensation o llame al 1-800-338-2382 para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
 - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
 - Visite el sitio web de los CDC en www.cdc.gov/vaccines.



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition.
Vaccine Information Statement
Inactivated Influenza Vaccine

42 U.S.C. § 300aa-26 | OFFICE
USE
ONLY

