



Male or  Female

### School-Based 2009 H1N1 Influenza Vaccine Consent Form

Student's Last Name      First Name      MI      Date of Birth      Age

Mailing Address      City      State      Zip Code      Phone Number

Parent/Legal Guardian's Name: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_

Is your child allergic to eggs?  Yes  No

Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?  Yes  No

Has your child had Guillain-Barré Syndrome?  Yes  No

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)  Yes  No

Does your child have a weak immune system? (for example, from HIV, cancer, or medications such as steroids or those used to treat cancer)  Yes  No

Is your child pregnant or could she become pregnant within the next month?  Yes  No

Has your child received MMR, varicella, yellow fever or influenza vaccine in the past four weeks? Vaccine: \_\_\_\_\_ Date Given: \_\_\_\_\_  Yes  No

I have read or have had explained to me information about influenza H1N1 (swine flu) vaccine. The questions I asked were answered to my satisfaction. I understand the benefits/risks of the vaccines. I request the vaccine be administered to the person named above, for whom I am authorized to make this request.

I give permission to **enroll** me or my child and to **transfer** my or my child's immunization records into the **Idaho Immunization Reminder Information System (IRIS)** to ensure that this vaccination record is available to me, my or my child's health care providers, child 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, gender, and child's eligibility for free vaccine. I authorize inclusion of all information into IRIS and redisclosure of this information from IRIS to authorized users.  Yes or  No

Signature X \_\_\_\_\_ Relationship to Child \_\_\_\_\_

I have been given the opportunity to review the **HIPAA Disclosure** and a copy can be provided to me at my request.

Signature X \_\_\_\_\_ Date X \_\_\_\_\_  
Signature of person to receive vaccine or person authorized to make the request (parent/legal guardian)

For Clinic/Office Use Only

MedImmune Nasal Spray      Lot #: \_\_\_\_\_

Date Given: \_\_\_\_\_      Signature of Administrator: \_\_\_\_\_



Hombre o  Mujer

### Consentimiento de Administración de Influenza H1N1

Apellido del Estudiante      Primer Nombre      Inicial      Fecha de Nacimiento      Edad

Domicilio      Ciudad      Estado      Código Postal      Numero de Teléfono

Nombre del Padre/Madre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Nombre de La Escuela: \_\_\_\_\_

¿Es su hijo/a alérgico a los huevos?  Si  No

¿Ha tenido alguna vez su hijo/a una reacción seria a una dosis anterior de la vacuna de gripe?  Si  No

¿Ha tenido su hijo/a el Síndrome Guillain-Barré?  Si  No

¿Tiene su hijo/a contacto cercano con una persona que necesita cuidado en un ambiente protegido?  Si  No  
(por ejemplo, alguien que ha tenido recientemente un trasplante de médula ósea)

¿Tiene su niño un sistema inmunológico débil?  Si  No  
(por ejemplo, de VIH, cáncer, o medicinas como esteroides o aquellos usados para tratar cáncer)

¿Esta su hija embarazada o puede quedar embarazada dentro del próximo mes?  Si  No

¿Su hijo/a ha recibido la vacuna de MMR, varicella, fiebre amarilla o la vacuna de la gripe en las últimas cuatro semanas?  Si  No  
Vacuna: \_\_\_\_\_ Fecha Dada: \_\_\_\_\_

E leído o me han explicado la información sobre la vacuna de influenza H1N1 (Gripe Porcina). Todas mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo los beneficios/riesgos de la vacuna. Yo pido que la vacuna sea administrada a la persona nombrada arriba, por quien yo estoy autorizado a hacer esta petición.

Doy mi consentimiento para que me inscriban a mi o a mi hijo/a y de transferir el archivo de inmunización mío o de mi hijo/a al **Sistema de Información de Recordatorio de Inmunización de Idaho (IRIS)** para asegurar que este registro de vacunas me sea disponible a mí, a proveedores de salud, proveedores del cuidado de mi hijo/a, y escuelas. Entiendo que pueden pedirme información que ayudará a asegurar que mi archivo o el archivo de mi hijo/a sean exactos y no haiga confusión con los archivos de otra persona, como: apellido de soltera de la madre, género, y elegibilidad del niño/a para recibir vacunas gratis. Autorizo incluir toda la información en IRIS y la revelación de información de IRIS a otros usuarios autorizados.  Si o  No

Firma X \_\_\_\_\_ Parentesco con el Niño/Niña \_\_\_\_\_

Me han dado la oportunidad de examinar la **Revelación HIPAA** y se me puede proporcionar una copia si la pido.

Firma X \_\_\_\_\_ Fecha X \_\_\_\_\_  
Firma de la persona que recibirá la vacuna o persona autorizada para hacer la petición (Padre/Guardián Legal)

Para Uso de Oficina Únicamente/For Clinic/Office Use Only

MedImmune Nasal Spray      Lot #: \_\_\_\_\_

Date Given: \_\_\_\_\_ Signature of Administrator: \_\_\_\_\_