

SEE REVERSE SIDE TO ANSWER QUESTIONS AND SIGN CONSENT FORM

(RESPONDA LAS PREGUNTAS Y FIRME EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO AL DORSO)

TEACH FLU A LESSON (TFAL) 2020

IMMUNIZATION CONSENT FOR FREE FLU VACCINE AT SCHOOL
(CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SIN COSTO VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE EN LA ESCUELA)

INSTRUCTIONS (INSTRUCCIONES)

To get an optional no cost flu vaccine for your student:

Para obtener sin costo una vacuna contra la gripe optativa para el/la estudiante:

1. Read all of the information on this page and the Vaccine Information Statements available at your student's school or online at www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.pdf & www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flulive.pdf
2. Answer all of the questions on the back of this consent form.
3. Sign your name at the end of the consent form.
4. Give the form to your student's school right away.

1. Lea toda la información de esta página y las declaraciones de información sobre vacunas disponibles en la escuela de su estudiante o en línea en www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.pdf & www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flulive.pdf
2. Responda todas las preguntas que se encuentran al dorso de este formulario de consentimiento.
3. Firme con su nombre al final del formulario de consentimiento.
4. Entregue de inmediato el formulario a la escuela a la que asiste el/la estudiant

STUDENT INFORMATION (INFORMACIÓN DEL/DE LA ESTUDIANTE)

Student's Name _____ Mother's Name _____
(Nombre del/de la estudiante) First name *(Nombre)* Last name *(Apellido)* *(Nombre de la madre)* First name *(Nombre)*

Date of Birth _____ / _____ / _____ Age _____ Gender Male Female
(Fecha de nacimiento) Month/Day/Year *(Mes/Día/Año)* *(Edad)* *(Sexo)* *(Masculino)* *(Femenino)*

Parent/Guardian Name _____ Email _____
(Nombre del padre/la madre/el/la tutor[a] legal) First name *(Nombre)* Last name *(Apellido)* *(Correo electrónico)*

Home Address _____ Zip _____ Phone # (_____) _____
(Domicilio) *(Código postal)* *(N.º de teléfono)*

STUDENT HEALTH INSURANCE (SEGURO DE SALUD DEL/DE LA ESTUDIANTE)

The Student has the following health insurance – **check all that apply**

(El/la estudiante tiene el siguiente seguro de salud – marque todas las opciones que correspondan.)

<input type="checkbox"/> State or Federal Insurance - (VFC) <input type="checkbox"/> No insurance <i>(No tienes seguro)</i> <input type="checkbox"/> CHDP <input type="checkbox"/> Student is American Indian <input type="checkbox"/> Student is Native Alaskan <input type="checkbox"/> Other _____	Medi-Cal: <input type="checkbox"/> LA Care <input type="checkbox"/> Cal Optima <input type="checkbox"/> HealthNet <input type="checkbox"/> IEHP <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Community Health Group	<input type="checkbox"/> Private Insurance - (STATE) <input type="checkbox"/> Don't Know <i>(No sé)</i> <input type="checkbox"/> Other Insurance <i>(Otro seguro)</i> _____ (e.g.) Blue Cross
		<input type="checkbox"/> Private Insurance - (KP) <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente

The **California Immunization Registry (CAIR)** is a confidential, secure computer system that makes vaccination information available to doctors. This system is run by the California Department of Public Health. Sharing patient vaccination information with CAIR is authorized by California State law. Unless you say it's not okay, the Public Health Department will put information about when and where your student was given a flu vaccine into CAIR.

El CAIR (California Immunization Registry, Registro de vacunación de California) es un sistema informático seguro y confidencial en el que los médicos pueden consultar información sobre vacunación. El Departamento de Salud Pública de California opera este sistema. La ley del estado de California autoriza que se incluya la información de vacunación del paciente en el CAIR. A menos que usted no esté de acuerdo, el Departamento de Salud Pública incluirá en el CAIR la información sobre cuándo y dónde se le administró al/a la estudiante una vacuna contra la gripe.

FOR OFFICE USE ONLY (SOLO PARA USO DE LA OFICINA)

Pre-screened by (Print Full Name) _____ Date _____

Vaccine Administrator (Print Full Name) _____ Date _____ Time _____

Intranasal R Deltoid L Deltoid Manufacturer & Lot # _____

Is the child to be vaccinated sick today? YES NO

Vaccine Source	VFC	STATE	KP
----------------	-----	-------	----

Student Name _____ School Name _____ Student ID _____

(Nombre del/de la estudiante)

Grade _____ Teacher Name _____ Room # _____

(Grado)

(Nombre del/la maestro[a])

(N.º de salón)

MEDICAL QUESTIONS (PREGUNTAS MÉDICAS)

All students will get the nasal spray **unless** our nurses recommend a flu shot based on your following answers:
(Todos los estudiantes recibirán un aerosol nasal, **a menos que** nuestros enfermeros recomienden una vacuna contra la gripe inyectable en función de las siguientes respuestas:)

YOU MUST ANSWER EVERY QUESTION

(DEBE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS)

YES NO

SÍ NO

1. In the past 4 weeks, has your student received any vaccines?
¿El/la estudiante recibió alguna vacuna en las últimas 4 semanas?
If yes, which vaccine(s)? _____ **What date(s)?** _____
Si la respuesta es sí, ¿qué vacunas recibió? _____ ¿En qué fecha(s)? _____
2. Does your student have a medical history that includes any of the following conditions: heart problems, lung problems, kidney disease, diabetes or other metabolic disease, a neurological disorder, anemia, cancer, HIV/AIDS or any other immune system problem?
¿El historial médico del/de la estudiante incluye alguna de las siguientes afecciones?: Problemas cardíacos, problemas pulmonares, enfermedad renal, diabetes u otra metabolopatía, un trastorno neurológico, anemia, cáncer, HIV/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario.
3. In the last 12 months, has your student used an inhaler for asthma?
¿El/la estudiante utilizó un inhalador para el asma en los últimos 12 meses?
4. Does your student take aspirin or aspirin-containing medicine every day?
¿El/la estudiante toma aspirina o una medicina que contenga aspirina todos los días?
5. Does your student live with (or spend a lot of time with) anyone who has a severely weakened immune system? This would include for example, someone who is getting chemotherapy.
¿El/la estudiante vive o pasa mucho tiempo con alguien que tiene el sistema inmunitario gravemente debilitado? Podría ser, por ejemplo, una persona que recibe quimioterapia.
6. Is your student pregnant?
¿La estudiante está embarazada?
7. Did you recently take influenza antiviral medicine such as:
¿Ha tomado medicamentos antivirales contra la gripe como:
Tamiflu or Relenza (Oseltamivir or Zanamivir) in the last 48 hours? *¿en las últimas 48 horas?*
Rapivab (Peramivir) in the last 5 days? *¿en los últimos 5 días?*
Xofluza (Baloxavir) in the last 17 days? *¿en los últimos 17 días?*
8. Do you have Asplenia, Cochlear implants, or active CSF leaks?
¿Tiene Asplenia, Implantes Cocleares o Fugas Activas de LCR?
- 9.. Has your student ever had a severe muscle weakness called Gullain-Barré Syndrome?
¿El/la estudiante tuvo alguna vez una debilidad muscular grave llamada el síndrome de Guillain-Barré?
10. Has your student ever had a serious reaction to any type of vaccine?
¿El/la estudiante tuvo alguna vez una reacción grave a algún tipo de vacuna?

SIGNATURE AND CONSENT (FIRMA Y CONSENTIMIENTO)

My signature below means the following:

Mediante mi firma a continuación expreso lo siguiente:

- I understand that my student will receive either the nasal spray flu vaccine or injectable flu vaccine (a flu shot) based on the answers to the medical questions above.
- I give permission for the student whose name is listed on this form to receive flu vaccine at school.
- I have read or had explained to me the Vaccine Information Statements for the Live, Intranasal Influenza Vaccine (nasal spray) and/or the Inactivated Influenza Vaccine (flu shot).

- Entiendo que el/la estudiante recibirá la vacuna contra la gripe mediante un aerosol nasal o la vacuna contra la gripe inyectable, de acuerdo con las respuestas a las preguntas médicas que aparecen anteriormente.
- Doy mi permiso para que el/la estudiante, cuyo nombre figura en este formulario, reciba la vacuna contra la gripe en la escuela.
- He leído o me han explicado las Hojas de información sobre vacunas de la vacuna contra la gripe intranasal elaborada con virus vivos (aerosol nasal) y de la vacuna contra la gripe inactivada (inyectable)

Signature _____ Printed Name _____
(Firma) (Nombre [en letra de imprenta])

Date _____ Your relationship to student Mother Father Legal guardian Other _____
(Fecha) (Relación con el/la estudiante) (Madre) (Padre) (Tutor[a] legal) (Otra)