

# Vaccine Consent

Please complete and return to your school no later than **January 13, 2012**

<b>PRINT the name of Student to receive vaccine (confirm the above name and birthdate)</b>				
Last	First	Middle		
Address	Apt.	City	State	Zip Code
Birth date	Age	Emergency Phone #		
<p><b>I would like my student to receive the following vaccinations:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Tdap</b> (See attached vaccine information statement)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>MCV4</b> (See attached vaccine information statement)</p> <p>Does your child have any allergies or any medical concerns? Please list: _____</p> <p><b>Please answer the following questions by circling the appropriate responses:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Has your student ever had a serious reaction after receiving a vaccination?</b>    Yes    No</li> <li>2. <b>Does your student have a chronic health condition that affects vaccination status?</b>    Yes    No</li> <li>3. <b>Does your student take cortisone, prednisone, or other steroids, or anti-cancer drugs?</b>    Yes    No</li> <li>4. <b>During the past year, has your student received a blood transfusion or blood products?</b>    Yes    No</li> </ol> <hr/> <p>Mark one of the following that best describes your child's insurance status:          _____ My student is either covered by Medicaid, has no health insurance, or has health insurance that does not cover the cost of vaccinations.              There is a \$15 suggested donation for each of the vaccines received, so \$30 if receiving both vaccines.              <b>Make checks payable to Community Health Partners.</b></p> <p>_____ My student is or will turn 19 years old during Spring 2012 or is covered by health insurance that covers vaccinations. <b>An insurance claim will be submitted by the Sioux Center / Hull Medical Clinic and I expect to pay any non-covered expenses. Submitted costs are: \$118 for Tdap and \$226 for MCV4 vaccine or \$317 if both vaccines are needed. I understand that I will be billed for copays after insurance submission.</b></p> <p><b>Please attach a copy of the front and back of your insurance card (preferred method) or provide the following information for insurance billing:</b></p> <p>Name of <i>insured</i>(generally parent of guardian name)_____</p> <p>Date of Birth of <i>Insured</i>_____ Employer of the <i>insured</i>_____</p> <p>Insurance Company Name_____ Group/Policy #_____</p> <p>Insurance Address_____ City_____</p> <p>State _____ Zip_____ Insurance Telephone Number_____</p> <p>I have reviewed and understand the Tdap and MCV4 Vaccine Information and was given a chance to ask questions and my questions were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccine(s). I permit the person named above to be given the vaccine(s) as indicated above. I am the parent or legal guardian of this person.</p> <p><b>SIGNATURE</b> of          Parent/Guardian _____</p> <p>Please print name of parent _____</p>				

School	Grade			
Date	Vaccine	Site	Lot #	Administered By
	Tdap			
	MCV4			

## Permiso de vacunación

Favor de llenar y entregar a la escuela a más tardar el 13 de enero del 2012

<b>ESCRIBA el nombre del estudiante que va a recibir la vacuna (confirme el nombre y fecha de nacimiento mencionado arriba)</b>				
Apellido		Nombre		Segundo nombre
Dirección	Apt.	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de nacimiento		Edad	Teléfono de emergencia:	
<b>Quisiera que mi hijo/a recibiera las siguientes vacunas:</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Tdap</b> (Vea la hoja adjunta de información sobre la vacuna)				
<input type="checkbox"/> <b>MCV4</b> (Vea la hoja adjunta de información sobre la vacuna)				
¿Tiene su hijo/a alergias o problemas médicos? Favor de escribirlas: _____				
<b>Favor de contestar las siguientes preguntas encerrando en círculo las respuestas correctas:</b>				
1. ¿Alguna vez su hijo/a ha tenido una reacción severa después de recibir una vacuna?		Sí	No	
2. ¿Tiene su hijo/a una condición médica crónica que afecta la vacunación?		Sí	No	
3. ¿Toma su hijo/a cortisona, prednisona, otros esteroides, o medicamentos anticáncer?		Sí	No	
4. En el año pasado, ¿ha recibido su hijo/a una transfusión de sangre o productos de sangre?		Sí	No	
Lo siguiente describe mejor el estatus de seguro médico de mi hijo/a:				
<input type="checkbox"/> Mi hijo/a tiene cobertura de Medicaid, <b>O</b>				
<input type="checkbox"/> Mi hijo/a NO tiene cobertura de seguro médico, <b>O</b>				
<input type="checkbox"/> Mi hijo/a tiene cobertura de seguro médico pero no cubre las vacunaciones. Se pide una donación de \$15 para cada vacuna o \$30 para las dos vacunas. <b>Haga el cheque a nombre de Community Health Partners.</b>				
<b>O</b>				
<input type="checkbox"/> Mi hijo/a tiene o va a cumplir 19 años en la primavera del 2012 o tiene seguro médico que cubre las vacunas. <b>Una reclamación de seguro médico será entregada por las clínicas de Sioux Center y Hull y yo espero pagar los gastos que no estén cubiertos. Los costos son: \$118 para Tdap y \$226 para MCV4 o \$317 si se necesitan las dos vacunas. Entiendo que me mandarán las facturas de copagos después de cobrar al seguro médico.</b>				
<b>Favor de incluir una copia de los dos lados de su tarjeta de seguro médico (método preferido) o proveer la siguiente información para facturar a la aseguradora.</b>				
Nombre del <i>asegurado</i> (generalmente el nombre del padre/tutor legal) _____				
Fecha de nacimiento del <i>asegurado</i> _____		Empleador del <i>asegurado</i> _____		
Nombre de la aseguradora _____		Grupo/Número de Póliza: _____		
Dirección de la aseguradora _____		Ciudad _____		
Estado _____	Código Postal _____	Número de teléfono de la aseguradora _____		
He leído y entiendo la información sobre las vacunas Tdap y MCV4. Me han dado una oportunidad de hacer preguntas y me las han contestado a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s). Doy permiso que administren la(s) vacuna(s) indicada(s) a la persona mencionada arriba. Soy el padre o tutor legal de esta persona.				
FIRMA del padre/tutor legal _____				
Favor de escribir el nombre del padre (con letra legible) _____				

School		Grade		
Date	Vaccine	Site	Lot #	Administered By
	Tdap			
	MCV4			