

Hello SODA families,

School of Dreams Academy will be hosting a COVID and Flu Vaccine clinic for students on Friday 11/19/21 starting at 9:00 AM. If you are interested in your student receiving the Flu or the COVID vaccine on the 19th please complete the bottom portion of this form and the attached forms. Please return all forms by Friday 11/12/21. If you are not wanting your child to have the COVID vaccine but would like to have the Flu vaccine then you only need to complete the New Mexico VFC Vaccine Administration Form.

Please complete the bottom portion of this form

Student Name: _____ Student Grade: _____

Teacher: _____

- I am not interested in my child receiving any vaccines at this time.
- I would like my child to receive **only the flu vaccine**. (complete the New Mexico VFC vaccine administration form)
- I would like my child to receive **only the COVID vaccine**. (Complete both attached forms)
- I would like my child to receive **the flu and COVID vaccine**. (Complete both attached forms)

**NEW MEXICO DEPARTMENT OF HEALTH
PARENT GUARDIAN CONSENT FOR MINOR TO RECEIVE COVID-19 VACCINE**

I, _____, being the parent, guardian or legal representative authorized to consent to medical treatment for the minor child listed below, hereby consent to and permit authorized medical providers of the New Mexico Department of Health (“NMDOH”) to administer the COVID-19 vaccine to the child named below with or without my physical presence. (Legal representative includes any legally appointed guardian or custodian, or an adult with a properly executed caregiver affidavit).

I understand that following delivery of the vaccine, NMDOH will observe child.

- If child is unaccompanied by an adult, child will be monitored for a 30-minute period for an adverse reaction.
- If child is accompanied by an adult, child may be released to the care of the adult after a 15-minute period of observation for an adverse reaction.
- If child has a medical condition increasing their risk of a reaction, child will be monitored for a 30-minute period for an adverse reaction.

Should a reaction occur, I authorize any necessary emergency medical treatment and understand that NMDOH will notify me as soon as possible. I further acknowledge that this consent may be verified either in person or verbally by telephone before the vaccine is administered if there are questions.

I understand that child will receive a COVID-19 vaccine approved by the Food and Drug Administration under an Emergency Use Authorization.

I have been given access to the “FACT SHEET FOR RECIPIENTS AND CAREGIVERS” for the COVID-19 vaccine.

[Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine EUA Fact Sheet for Recipients and Caregivers \(fda.gov\)](#)

[Vaccine Recipient Fact Sheet | EUA | Moderna COVID-19 Vaccine \(modernatx.com\)](#)

[Janssen COVID-19 Vaccine - EUA Fact Sheet for Recipients and Caregivers \(janssenlabels.com\)](#)

I understand the benefits and risks of vaccination and I give permission for child to be vaccinated.

Vaccine Being Administered **Pfizer-BioNTech**

Name of minor receiving vaccine: _____

Confirmation Number of minor: _____

Name of parent, legal guardian, or legal representative: _____

Relationship to the child: _____

Signature of parent legal guardian, or legal representative: _____

Date: _____

Home or work phone # of parent, legal guardian, or legal representative: _____

DEPARTAMENTO DE SALUD DE NUEVO MÉXICO
CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR PARA QUE EL MENOR RECIBA LA VACUNA COVID-19

Yo, _____, padre, tutor o representante legal autorizado doy el consentimiento para el tratamiento médico del menor que se menciona a continuación y permito que los proveedores médicos autorizados del Departamento de Salud de Nuevo México ("NMDOH") administren la vacuna COVID-19 al niño nombrado a continuación con o sin mi presencia física. (El representante legal incluye cualquier tutor o guardián, o un adulto con una declaración jurada de cuidador debidamente ejecutada).

Entiendo que después de la administración de la vacuna, el NMDOH observará al niño.

- Si el menor no está acompañado por un adulto, el niño será vigilado durante un periodo de 30 minutos para detectar una reacción adversa.
- Si el niño está acompañado por un adulto, puede ser entregado al cuidado del adulto después de un período de 15 minutos de observación de una reacción adversa.
- Si el menor tiene una condición médica que aumente el riesgo de una reacción, el niño será monitoreado por un período de 30 minutos para detectar una reacción adversa.

Si se produce una reacción, autorizo cualquier tratamiento médico de emergencia necesario y entiendo que el NMDOH me notificará lo antes posible. Además, reconozco que este consentimiento puede ser verificado en persona o verbalmente por teléfono antes de la administración de la vacuna si hay preguntas.

Entiendo que el menor recibirá una vacuna COVID-19 aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos bajo una Autorización de Uso de Emergencia.

He tenido acceso a la " HOJA INFORMATIVA PARA RECIPIENTES Y CUIDADORES " de la vacuna COVID-19.

[Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine EUA Fact Sheet for Recipients and Caregivers \(fda.gov\)](#)

[Vaccine Recipient Fact Sheet | EUA | Moderna COVID-19 Vaccine \(modernatx.com\)](#)

[Janssen COVID-19 Vaccine - EUA Fact Sheet for Recipients and Caregivers \(janssenlabels.com\)](#)

Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y doy permiso para que el niño sea vacunado.

Vacunación que se administra **Pfizer-BioNTech**

Nombre del menor que recibe la vacuna: _____

Número de confirmación del menor: _____

Nombre del padre, tutor o representante legal: _____

Relación al menor: _____

Firma del padre, tutor o representante legal: _____

Fecha: _____

Teléfono de casa o del trabajo del padre, tutor o representante legal: _____



Formulario de administración de vacunas VFC de Nuevo México

Favor de llenar el formulario completamente - Las casillas requeridas están marcadas con un asterisco (*)
Actualizado: 09/ 2021

Favor de proporcionar la información de la persona que recibirá la vacuna - Escriba en letras mayúsculas.

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| *Apellido: | | *Nombre: | | Inicial segundo nombre: |
| *Fecha de nacimiento: _____ mes / día / año | | *Apellido materno: | | *Nombre de la madre: |
| *Dirección postal: | | *Ciudad: | | *Estado: NM *Código postal: |
| *Teléfono móvil: | | *Teléfono de casa: | | Correo electrónico: |
| *Sexo: Masculino Femenino | | Raza: Afroamericano Asiático Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska Otro | | Etnicidad: Hispano No Hispano |

Recordatorio: Autorizo recibir recordatorios de vacunas por correo electrónico, texto, llamada telefónica o correo para la persona que recibe la vacuna.

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO - Por favor, marque la categoría apropiada - REQUISITO*

Medicaid: Elija su plan Centennial Care: Blue Cross Blue Shield Western Sky Community Care Presbyterian Otro

de identificación Centennial Care (Medicaid): _____ # de identificación del seguro médico: _____ # de grupo: _____

No tiene seguro médico Indio Americano/Nativo Americano/Nativo de Alaska

Seguro médico privado – Indique el nombre del seguro: _____

de identificación/suscriptor del seguro de médico: _____ # de grupo: _____

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN MÉDICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES - REQUISITO*

| Para los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas puede recibir su hijo el día de hoy. Si responde "sí" a alguna pregunta, no significa necesariamente que su hijo no deba ser vacunado. Sólo significa que hay que hacer más preguntas. Si una pregunta no está clara, pida a su proveedor de atención médica que se la explique. | Sí | No | No sé |
|--|----|----|-------|
| 1. ¿Está enfermo el niño el día de hoy? | | | |
| 2. ¿El niño ha dado positivo en la prueba de COVID-19 en los últimos 10 días? | | | |
| 3. ¿Tiene el niño alergias a medicamentos, a alimentos, a algún componente de las vacunas o al látex? Favor de enlistar: | | | |
| 4. ¿Ha tenido el niño una reacción grave a una vacuna en el pasado? | | | |
| 5. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud con enfermedades pulmonares, cardíacas, renales o metabólicas (ej. diabetes), asma o algún trastorno sanguíneo? ¿Está recibiendo un tratamiento a largo plazo con aspirina? | | | |
| 6. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años, ¿le ha dicho un proveedor de atención médica que el niño ha tenido silbidos o asma en los últimos 12 meses? | | | |
| 7. Si su niño es un bebé, ¿le han dicho alguna vez que ha tenido una invaginación intestinal? | | | |
| 8. ¿Ha tenido el niño, el hermano o los padres una convulsión? ¿Ha tenido el niño algún problema cerebral o del sistema nervioso? | | | |
| 9. ¿El niño o algún miembro de la familia tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario? | | | |
| 10. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamentos que afectan al sistema inmunitario, como prednisona otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido tratamientos de radiación? | | | |
| 11. En el último año, ¿ha recibido el niño una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o se le ha administrado inmunoglobulina (gamma), anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia, o un medicamento antiviral? | | | |
| 12. ¿Está la niña/adolescente embarazada o existe la posibilidad de que llegue a estarlo durante el próximo mes? | | | |
| 13. Fecha de la última menstruación: _____ Fecha: _____ N/A | | | |
| 14. ¿Ha recibido el niño vacunas en las últimas 4 semanas? | | | |
| 15. Lista actual de medicamentos: _____ | | | |

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN*

Se me ha dado y he leído, o me han explicado, la información de la(s) "Declaración de Información sobre Vacunas" (VIS) para la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) marcada(s) en el otro lado de esta hoja. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas solicitadas y también entiendo que tengo la alternativa de rechazar la(s) vacuna(s). Solicito que la(s) vacuna(s) firmada(s) me sea(n) administrada(s) a mí o a la persona nombrada para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud. A menos que firme una declaración que indique lo contrario, permito que la información de inmunización se ingrese en el Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nuevo México (NMSIIS) y se divulgue a otros proveedores de atención médica para evitar la vacunación innecesaria o para determinar el estado de inmunización. La póliza de privacidad revisada del DOH se encuentra en <https://nmhealth.org/help/privacyamd> y se proporcionará a todos los estudiantes cuando reciban una inmunización.

***Firma (Cliente/Tutor):** _____ ***Fecha:** _____

***Nombre impreso (Cliente/Tutor):** _____

***Nombre del niño (si es menor):** _____ ***Fecha de nacimiento:** _____

FOR NM DOH OUTREACH ONLY: Data must be entered into TransactRx within 30 days of the date of service. This form was designed for NMDOH public health use only. NMDOH is not responsible for data entry from outside health entities
SE REQUIERE LA INGRESIÓN DIRECTA EN NMSIIS DE LAS VACUNAS ADMINISTRADAS.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

SOLO PARA USO DE LA CLÍNICA - Se requieren todos los datos siguientes para cada vacuna administrada *

| Vacuna | Fecha de admin. de la vacuna | # de lote | Sitio/ Vía (códigos abajo) | Fecha de caducidad de la vacuna | Fondos (VFC/Estado) | Fecha de edición VIS |
|---|------------------------------|-----------|----------------------------|---------------------------------|---------------------|----------------------|
| COVID-19 <input type="checkbox"/> Janssen (J&J) <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer | / / | | | / / | | / / |
| DTAP <input type="checkbox"/> Daptacel (SP) <input type="checkbox"/> Infanrix (GSK) <input type="checkbox"/> Vaxelis (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| DTaP/IPV/Hib <input type="checkbox"/> Pentacel (SP) | / / | | | / / | | / / |
| DTaP/HepB/IPV <input type="checkbox"/> Pediarix (GSK) | / / | | | / / | | / / |
| DTaP/IPV <input type="checkbox"/> Kinrix (GSK) <input type="checkbox"/> Quadracel (SP) | / / | | | / / | | / / |
| HEP A <input type="checkbox"/> Havrix (GSK) <input type="checkbox"/> Vaqta (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| HEP B <input type="checkbox"/> Engerix B (GSK) <input type="checkbox"/> Recombivax (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| Hib <input type="checkbox"/> ActHIB (SP) <input type="checkbox"/> PedvaxHIB (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| HPV <input type="checkbox"/> Gardasil 9 (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| Influenza <input type="checkbox"/> Fluceivax (Seqirus) <input type="checkbox"/> Fluzone (.25ml/.5ml) (SP) <input type="checkbox"/> Flulaval (GSK) <input type="checkbox"/> FluMist (AstraZeneca) | / / | | | / / | | / / |
| MCV4 <input type="checkbox"/> Menactra (SP) <input type="checkbox"/> Menveo (GSK) <input type="checkbox"/> MenQuadFI (SP) | / / | | | / / | | / / |
| Men B <input type="checkbox"/> Trumenba (Pfizer) <input type="checkbox"/> Bexsero (GSK) | / / | | | / / | | / / |
| MMR <input type="checkbox"/> MMR II (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| MMRV <input type="checkbox"/> ProQuad (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| PCV13 <input type="checkbox"/> Prevnar13 (Pfizer) | / / | | | / / | | / / |
| Polio (IPV) <input type="checkbox"/> IPOL (SP) | / / | | | / / | | / / |
| PPSV23 <input type="checkbox"/> Pneumovax 23 (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| Rotavirus <input type="checkbox"/> Rotarix (GSK) <input type="checkbox"/> RotaTeq (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| Td <input type="checkbox"/> Tenivac (SP) | / / | | | / / | | / / |
| Tdap <input type="checkbox"/> Boostrix (GSK) | / / | | | / / | | / / |
| Varicela <input type="checkbox"/> Varivax (Merck) | / / | | | / / | | / / |

RA/IM (Brazo derecho/Intramuscular) LA/IM (Brazo izq./Intramuscular) RT/IM (Muslo derecho /Intramuscular) LT/IM (Muslo izq./Intramuscular) IN (Intranasal)
RA/SC (Brazo derecho/Subcutáneo) LA/SC (Brazo izq./Subcutáneo) RT/SC (Muslo derecho /Subcutáneo) LT/SC (Muslo izq./Subcutáneo) PO (oral)

*VACUNADOR: _____
(Nombre y título impreso) (Firma) (Fecha de la clínica) (Fecha que se dio VIS) (# PIN VFC)

* Dirección/ubicación de la vacuna fue administrada: _____ ¿Esta vacunación se llevó a cabo en una clínica externa/de alcance? Sí No



New Mexico VFC Vaccine Administration Form

Please fill in form completely – required fields are marked with an asterisk (*)
Update: 09/2021

Please provide the information for the person receiving the vaccine – print in all capitals.

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|---------------------------------------|-----|
| *Last Name: | | *First Name: | | MI: |
| *Date of Birth: Month / Day / Year | | *Mother's Maiden Name: | *Mother's First Name: | |
| *Mailing Address: | | *City: | *State: NM *Zip: | |
| *Cell Phone: | | *Home Phone: | Email: | |
| *Sex: ~ Male ~ Female | | *Race: ~ African American ~ Asian ~ White ☐ American Indian/Alaskan Native ~ Other | *Ethnicity: ~ Hispanic ~ Non-Hispanic | |

Remind Me: I consent to vaccine reminders by email, text, phone call, or mail for the person receiving the vaccine.

INSURANCE INFORMATION – Please mark appropriate category – REQUIRED*

Medicaid: Select your Centennial Care Plan: ~ Blue Cross Blue Shield ~ Western Sky Community Care ~ Presbyterian ~ Other

Centennial Care (Medicaid) Card ID #: _____ Health Insurance Member ID #: _____ Group #: _____

No Insurance ~ American Indian/Native American/Alaskan Native

Private Insurance – Please list name of insurance: _____
Health Insurance Member ID/ Subscriber #: _____ Group #: _____

MEDICAL SCREENING QUESTIONS FOR CHILDREN AND TEENS – REQUIRED*

| For parents/guardians: The following questions will help us determine which vaccines your child may be given today. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean your child should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it. | Yes | No | I don't know |
|---|-----|----|--------------|
| 1. Is the child sick today? | | | |
| 2. Has the child tested positive for COVID-19 in the last 10 days? | | | |
| 3. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex? Please list. | | | |
| 4. Has the child has a serious reaction to a vaccine in the past? | | | |
| 5. Has the child had a health problem with lung, heart, kidney, or metabolic disease (e.g. diabetes), asthma, or a blood disorder? Is he/she on long-term aspirin therapy? | | | |
| 6. If the child to be vaccinated is 2 through 4 years of age, has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months? | | | |
| 7. If your child is a baby, have you ever been told he or she has had intussusception? | | | |
| 8. Has the child, sibling, or parent had a seizure; has the child had a brain or other nervous system problems? | | | |
| 9. Does the child or a family member have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problems? | | | |
| 10. In the past 3 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments? | | | |
| 11. In the past year, has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin, monoclonal antibody or convalescent plasma, or an antiviral drug? | | | |
| 12. Is the child/teen pregnant or there is a chance she could become pregnant during the next month? | | | |
| 13. Date of last menstrual period: _____ Date: _____ ~ N/A | | | |
| 14. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks? | | | |
| 15. List of current medications: _____ | | | |

CONSENT FOR VACCINATION*

I have been given and have read, or have had explained to me, the information in the "Vaccine Information Statement(s)" (VIS) for the disease(s) and the vaccine(s) checked on the other side of this sheet. I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccines requested and also understand that I have the alternative to decline the vaccine(s). I ask that the vaccine(s) signed for be given to me or to the person named for whom I am authorized to make this request. Unless I sign a statement signifying otherwise, I allow immunization information to be entered into the New Mexico Statewide Immunization Information System (NMSIIS) and be releases to other medical care providers to avoid unnecessary vaccination or to ascertain immunization status. The revised DOH Privacy Policy is at <https://nmhealth.org/help/privacyand> will be provided to all student when they receive an immunization.

*Signature (Client/Guardian): _____ *Date: _____

*Print Name (Client/Guardian): _____

*Name of Child (if a minor): _____ *Date of Birth: _____

FOR NM DOH OUTREACH ONLY: Data must be entered into TransactRx within 30 days of the date of service. This form was designed for NMDOH public health use only. NMDOH is not responsible for data entry from outside health entities

DIRECT NMSIIS ENTRY OF VACCINES ADMINISTERED IS REQUIRED.

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

FOR CLINIC USE ONLY – All data elements below are required for each vaccine administered*

| Vaccine | Vaccine Admin. Date | Lot # | Site/ Route (codes below) | Vaccine Expiration Date | Funding (VFC/State) | VIS Edition Date |
|---|---------------------|-------|---------------------------|-------------------------|---------------------|------------------|
| COVID-19 ☒ Janssen (J&J) ☒ Moderna ☒ Pfizer | / / | | | / / | | / / |
| DTAP ☒ Daptacel (SP) ☒ Infanrix (GSK) ☒ Vaxelis (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| DTaP/IPV/Hib ☒ Pentacel (SP) | / / | | | / / | | / / |
| DTaP/HepB/IPV ☒ Pediarix (GSK) | / / | | | / / | | / / |
| DTaP/IPV ☒ Kinrix (GSK) ☒ Quadracel (SP) | / / | | | / / | | / / |
| HEP A ☒ Havrix (GSK) ☒ Vaqta (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| HEP B ☒ Engerix B (GSK) ☒ Recombivax (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| Hib ☒ ActHIB (SP) ☒ PedvaxHIB (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| HPV ☒ Gardasil 9 (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| Influenza ☒ Fluovax (Seqirus) ☒ Fluzone (.25ml/.5ml) (SP) ☒ Flulaval (GSK) ☒ FluMist (AstraZeneca) | / / | | | / / | | / / |
| MCV4 ☒ Menactra (SP) ☒ Menveo (GSK) ☒ MenQuadFI (SP) | / / | | | / / | | / / |
| Men B ☒ Trumenba (Pfizer) ☒ Bexsero (GSK) | / / | | | / / | | / / |
| MMR ☒ MMR II (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| MMRV ☒ ProQuad (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| PCV13 ☒ Prevnar13 (Pfizer) | / / | | | / / | | / / |
| Polio (IPV) ☒ IPOL (SP) | / / | | | / / | | / / |
| PPSV23 ☒ Pneumovax 23 (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| Rotavirus ☒ Rotarix (GSK) ☒ RotaTeq (Merck) | / / | | | / / | | / / |
| Td ☒ Tenivac (SP) | / / | | | / / | | / / |
| Tdap ☒ Boostrix (GSK) | / / | | | / / | | / / |
| Varicella ☒ Varivax (Merck) | / / | | | / / | | / / |

RA/IM (Right Arm/Intramuscular) LA/IM (Left Arm/Intramuscular) RT/IM (Right Thigh/Intramuscular) LT/IM (Left Thigh/Intramuscular) IN (Intranasal)
RA/SC (Right Arm/Subcutaneous) LA/SC (Left Arm/Subcutaneous) RT/SC (Right Thigh/Subcutaneous) LT/SC (Left Thigh/Subcutaneous) PO (By Mouth)

*VACCINATOR: _____
(Print Name & Title) (Signature) (Date of Clinic) (Date VIS given) (VFC PIN #)

*Address/location of vaccine given: _____ Did this vaccination occur at an off-site/outreach clinic? " Yes " No