

**ARKANSAS DEPARTMENT OF HEALTH
INFLUENZA SEASON -- IMMUNIZATION CONSENT FORM**

For ADH use only ADH Clinic Code: _____ School LEA #: _____ Date of Service: _____
School Name: _____ School Grade: _____

Person Receiving Vaccine:

(Legal) First Name: _____ MI: _____ Last Name: _____
Date of Birth: [][] / [][] / [][][][] Age: _____

1. MEDICAL HISTORY: Complete the following questions for the individual receiving the vaccine.

<i>*If YES and further guidance is needed, notify the Regional CDNS</i>	*YES	NO	
Do you have a fever today? (If you have a fever on the day of the clinic it may prevent you from receiving the influenza vaccine.)			If any answer is YES, you may not be able to receive the flu vaccine.
Have you ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine?			
Have you ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine, such as difficulty breathing, swelling of eyes or lips, wheezing, or immediate nausea or vomiting? Do you have a severe allergy to any flu vaccine component, or to any food, or medication? (i.e., gelatin, gentamicin, or neomycin)			
NOTE: Children aged 6 months through 8 years may require a second dose. Contact your health care provider or your ADH Local Health Unit in four weeks for more information.			
For school clinic use: Child's Homeroom Teacher: _____			

2. RELEASE AND ASSIGNMENT:

- I have read or had explained to me the Vaccine Information Statements for the Inactivated Influenza Vaccine and I understand the risks and benefits. To read the Vaccine Information Statement (VIS) for each vaccine visit the website to view current VIS: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>
- I give consent to the State/Local Health Department and its staff for the individual named below to be vaccinated with the flu vaccine.
- I hereby acknowledge that I have reviewed a copy of the Arkansas Department of Health's Privacy Notice.
- I understand that information about this flu vaccination will be included in the Arkansas Department of Health's Immunization Registry.

To My Insurance Carrier(s):

- I authorize the release of any medical information necessary to process my insurance claim(s).
- I authorize and request payment of medical benefits directly to the Arkansas Department of Health.
- I agree that the authorization will cover all medical services rendered until such authorization is revoked by me.
- I agree that the photocopy of this form may be used instead of the original.

The Arkansas Department of Health's Privacy Notice is on the website www.healthy.arkansas.gov, posted and available at the clinic site or accompanies this form.
Then sign in the box at right.

My signature below indicates I have read, understand, and agree to section 2. **Release and Assignment** of the Influenza Season -- Immunization Consent Form and **Vaccine Information Statement (VIS)**.

Signature of Patient/Parent/Guardian: _____

_____ date _____

Please sign here



3. PATIENT INFORMATION:

(Legal) First Name: _____ MI: _____ Last Name: _____

Date of Birth: / / Gender: Male Female Phone #: _____

Street Address: _____ P.O. Box: _____ Apt. No. _____

City: _____ State: _____ Zip Code:

Race: American Indian/Alaska Native Asian Black/African American

Native Hawaiian/Other Pacific Islander White Other

Ethnicity: Hispanic/Latino Non-Hispanic/Latino

4. INSURANCE STATUS (Check appropriate box):

Patient's Relationship to Insurance Policy Holder: Self Spouse Child Other

Medicaid/ARKids Number:

Medicare Number:

Insurance Company Name: _____

Member ID/Policy #:

REQUIRED POLICY HOLDER Information:

(Legal) First Name: _____ MI: _____ Last Name: _____

Policy Holder Date of Birth: / / Email Address: _____

Policy Holder's Employer Name: _____

Flu Vaccine Administration (Completed by ADH staff only)

SHOT CODE:

70: Quadrivalent (P-F) ≥ 6 months

72: Quadrivalent (P-F) ≥ 65 years

Flu Vaccine	Route	Site Code	Dosage mL	MFG Code	Lot Number
	<input type="checkbox"/> IM				

Site Codes: Right Deltoid = RD, Left Deltoid = LD, Right Leg = RL, Left Leg = LL, Right Arm = RA, Left Arm = LA **MFG Codes:** SKB = GlaxoSmithKline, PMC = Sanofi, MED = MedImmune, SEQ = Seqirus

Signature and Title of Vaccine Administrator: _____

Date Vaccine Administered: _____ / _____ / _____

DEPARTAMENTO DE SALUD DE ARKANSAS

Solo para uso del ADH Código de Clínica ADH: _____ Escuela LEA #: _____ Fecha de Servicio: _____
 Nombre de la Escuela: _____ Grado Escolar: _____

**TEMPORADA DE INFLUENZA -- FORMULARIO DE
 CONSENTIMIENTO PARA INMUNIZACIÓN**

Persona que Recibe la Vacuna:

Primer Nombre (Legal): _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nac: Edad: _____

1. ANTECEDENTES MEDICOS: Complete las siguientes preguntas para la persona que recibe la vacuna.

<i>* Si responde "SÍ", e información adicional es necesaria, notifique a la CDNS Regional</i>	*SI	NO	
¿Ha tenido fiebre hoy? (Tener fiebre en el día de asistir a la clínica de vacunación, le puede impedir recibir la vacuna contra influenza.)			Si alguna respuesta es "SI," es posible que usted no pueda recibir la vacuna contra Influenza.
¿Ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo temporal de debilidad muscular severa) en las 6 semanas después de recibir la vacuna contra la influenza?			
¿Ha tenido alguna vez una reacción seria a dosis previas de la vacuna contra influenza, tal como dificultad para respirar, hinchazón de los ojos o labios, silbidos o náusea o vomito inmediato? ¿Tiene alergia severa a algún componente de la vacuna contra la influenza, o a algún alimento o medicamento? (como gelatina, gentamicina, o neomicina)			

NOTA: Los niños de 6 meses a 8 años pueden requerir una segunda dosis. Contacte a su proveedor médico o a su Unidad Local de Salud del Departamento de Salud de Arkansas en cuatro semanas para más información.

Para uso de la clínica escolar: Maestro del alumno: _____

2. AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO:

- He leído o se me ha explicado las declaraciones informativas sobre la vacuna contra la influenza inactiva y entiendo los riesgos y beneficios. Para leer las Declaraciones Informativas más actualizadas sobre la Vacuna (VIS por sus siglas en inglés) para cada vacuna, visite el sitio web VIS: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>
- Doy mi consentimiento al Departamento de Salud estatal/Local y a su personal para que la persona nombrada a continuación sea vacunada con la vacuna contra la influenza.
- Por la presente reconozco que he revisado una copia de la Noticia de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas (ADH).
- Entiendo que la información sobre esta vacunación contra la influenza será incluida en el Registro de Inmunizaciones del ADH.

Para mi Agencia de Seguro Médico (s):

- Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi(s) reclamo(s) de seguro médico.
- Autorizo y solicito el pago de los beneficios médicos directamente al Departamento de Salud de Arkansas.
- Acepto que esta autorización cubra todos los servicios médicos prestados hasta que yo revoque la autorización.
- Estoy de acuerdo en que se use la fotocopia de este formulario en lugar del original.

La Noticia de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas se encuentra en el sitio web www.healthy.arkansas.gov, expuesto y disponible en la clínica, o acompaña este formulario.

Favor de firmar en el recuadro.

Mi firma abajo indica que he leído, entendido y estoy de acuerdo con la sección 2. **Autorización y Consentimiento** del formulario de consentimiento para la inmunización contra Influenza Estacional y la **Declaración Informativa sobre la Vacuna (VIS)** por sus siglas en inglés).

Firma del Paciente/Padre/Tutor

_____ **Fecha** _____

