

**ARKANSAS DEPARTMENT OF HEALTH
2013-2014 INFLUENZA SEASON -- IMMUNIZATION CONSENT FORM**

For ADH use only ADH Clinic Code: _____ School PIN: _____ School Grade: _____ Date Of Service: _____

Person Receiving Vaccine:
(Legal) First Name: _____ **MI** _____ **Last** _____
 Date of Birth: / /

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

	YES	NO	
Have you ever had a serious allergic reaction to eggs? If yes, as a precaution, it is recommended you do not receive the flu vaccine until you have consulted your private healthcare provider.			If any answer is YES, you may not be able to receive the flu vaccine.
Have you ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?			
Have you ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine?			
Are you younger than 2 years? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			If any answer is YES, you can receive only the <u>injectable</u> flu vaccine (shot), not the intranasal flu vaccine (flu mist).
Are you older than 49 years? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Are you pregnant? If yes, what is the date of your last menstrual period? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
Do you have any of the following: asthma, diabetes (or other type of metabolic disease), or disease of the lungs, heart, kidneys, liver, nerves, or blood?			
Are you on long-term aspirin or aspirin-containing therapy (for example, do you take aspirin every day)?			
Have you received any of these vaccines in the last 28 days? Measles, mumps, rubella (MMR) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Varicella (chickenpox) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Intranasal influenza vaccine (Flu Mist) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Do you have a severely weakened immune system (for example, from HIV, cancer, or medications such as steroids or those used to treat cancer)?			
Do you have close contact with a person who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow transplant)?			
For parents NOT attending flu clinic with their child: If you answered No to all of the above questions, your child may receive either the flu shot (injectable) or flu mist (nasal spray). In school-aged children, flu mist seems to provide greater protection. Please mark your preference of vaccine type below. If your preferred vaccine type is not available or marked, the nurse will give what is available unless you indicate otherwise. <input type="checkbox"/> Flu Shot <input type="checkbox"/> Flu Mist <input type="checkbox"/> No Preference <input type="checkbox"/> Do not give if my preference is not available			
Child's Homeroom Teacher: _____ (For school clinic use)			

2. RELEASE AND ASSIGNMENT. Please read the section on the reverse side of this form. 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 on the first line in the box at right.

Please sign here

My signature below indicates I have read, understand and agree to section 2. **Release and Assignment** of the 2013-2014 Influenza Season -- Immunization Consent Form. Consent valid through June 30, 2014.

Signature of Patient/Parent/Guardian: _____
 _____ date _____

Signature and Title of Vaccine Administrator: _____
 _____ date _____

2. RELEASE AND ASSIGNMENT:

I have read or had explained to me the 2013-2014 Vaccine Information Statements for the Inactivated Influenza Vaccine and the Live Attenuated Intranasal Vaccine (Flu Mist) dated 07/26/2012, and understand the risks and benefits.

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.

3. PATIENT INFORMATION:

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

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

Street Address: _____ Apt. No. _____

City: _____ State: _____ Zip Code:

Race: White Hispanic/Latino Black/African-American American Indian/Alaska Native
 Asian Native Hawaiian/Other Pacific Islander Other

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

4. INSURANCE STATUS (Check appropriate box):

Medicaid/ARKids Number:

Medicare Number:

Insurance Company Name: _____

Member ID/Policy #:

POLICY HOLDER Information (if other than patient):

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

Policy Holder Date of Birth: / /

Policy Holder's Employer Name: _____

Flu Vaccine Administration (Completed by ADH staff only)

SHOT CODE:

- 48: Trivalent (P-F) 6- 35 months
- 59: Trivalent (P-F) ≥ 3 years
- 39: Quadrivalent Intranasal vaccine (P-F) 2 through 49 years
- 44: Quadrivalent (P-F) ≥ 3 years

Site Codes: Right Arm = RA,
Right Leg = RL, Left Arm =
LA, Left Leg = LL

2013 Flu Vaccine	Route	Site Code	Dosage mL.	Dose Number (1 st or 2 nd)	MFG Code	Lot Number	Is a 2 nd dose needed?	
	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal						YES	NO

Date Vaccine Administered: _____ / _____ / _____

Revised 07/13

**ARKANSAS DEPARTMENT OF HEALTH
2013-2014 INFLUENZA SEASON -- IMMUNIZATION CONSENT FORM**

For ADH use only ADH Clinic Code: _____ School PIN _____ School Grade _____ Date Of Service: _____

NOMBRE de la Persona que Recibe la Vacuna: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

1. HISTORIAL MEDICO: Conteste las siguientes preguntas de la persona que recibe la vacuna.

	SI	NO	
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica seria a los huevos? En caso afirmativo, como precaución, se recomienda que no reciba la vacuna de la gripe hasta que haya consultado a su medico.			Si alguna de las respuestas es SI, usted quizá no pueda recibir la vacuna de la gripe
¿Ha tenido alguna vez una reacción seria a dosis previas de vacuna contra la gripe?			
¿Ha tenido alguna vez el Síndrome Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa temporal) dentro de las 6 semanas siguientes después de haber recibido la vacuna antigripal?			
¿Es usted menor de 2 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Si hay una respuesta SI, usted puede recibir solo la vacuna contra la gripe inyectable, pero no la vacuna intranasal.
¿Es usted mayor de 49 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Esta embarazada? ¿Si esta, cual es la fecha de su ultimo periodo menstrual? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
¿Tiene usted alguno de los siguientes problemas: asma, diabetes (o algún otro tipo de problema metabólico), o enfermedad de los pulmones, corazón, riñones, hígado, nervios, o sangre?			
¿Esta usted en tratamiento a largo plazo con aspirina o algo que contiene aspirina (por ejemplo, toma usted aspirina todos los días)?			
¿Ha usted recibido alguna de estas vacunas en los últimos 28 días? Sarampión, paperas, rubeola (MMR) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Varicela Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vacuna de la gripe en forma intranasal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Tiene usted un sistema inmunológico severamente debilitado (por ejemplo por HIV, cáncer, o medicamentos como esteroides o para tratar cáncer)?			
¿Tiene usted contacto con una persona que necesita cuidados en un ambiente protegido (por ejemplo alguien que ha tenido recientemente un trasplante de medula ósea)?			
Para los padres que NO asisten a la clínica de vacunación con su hijo (a): Si usted contesto No a todas las preguntas anteriores, su hijo puede recibir ya sea la vacuna contra la gripe inyectable o la vacuna en roció nasal. En los niños en edad escolar, el roció nasal parece proveer mayor protección. Por favor marque el tipo de vacuna que usted prefriere a continuación. Si su vacuna preferida no se encuentra disponible o marcada, la enfermera le dará la que este disponible a menos que usted le indique algo diferente. <input type="checkbox"/> Forma Inyectable <input type="checkbox"/> Forma Nasal <input type="checkbox"/> No Preferencia <input type="checkbox"/> No darla si la preferida no se encuentra disponible			

Maestro del Niño: _____

Por favor lea la sección 2. Liberación y Asignación al reverso de esta forma. La Noticia de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas se encuentra disponible en el website www.healthy.arkansas.gov, en la clínica, o adjunto a esta forma. Firme en la primera línea en el cuadro a la derecha.

Por favor firme aquí



Mi firma abajo indica que he leído, entendido, y estoy de acuerdo con la **sección 2. Hoja de consentimiento de inmunización – Liberación y Asignación** para la temporada gripal de 2013-2014. Este consentimiento es valido desde ahora hasta Junio 30, 2014.

Firma del Paciente/Padre/Guardián: _____ fecha _____

Firma y Título del Administrador de la Vacuna: _____ fecha _____

2. Liberación y Asignación:

He leído o me han explicado las declaraciones informativas del año 2013-2014 acerca de la Vacuna de la Gripe Inactiva y la vacuna Viva Atenuada Intranasal con fecha 07/26/2013, y entiendo los riesgos y los beneficios.

Doy mi consentimiento al Departamento de Salud Estatal/Local y a su personal para que el individuo cuyo nombre se encuentran abajo sea vacunado con la vacuna antigripal.

Yo, por este conducto, declaro que he revisado la copia de la Noticia de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas.

Entiendo que la información acerca de esta vacunación antigripal será incluida en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Arkansas.

Para mi Portador de Seguro (s):

- Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo(s) al seguro.
- Autorizo y solicito el pago de los beneficios médicos directamente al Departamento de Salud de Arkansas.
- Estoy de acuerdo que la autorización cubrirá todos los servicios médicos rendidos hasta que dicha autorizaciones sea revocada por me.
- Estoy de acuerdo en que una fotocopia de esta forma sea usada en vez de la original.

2. Información del PACIENTE:

Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento: / / Genero: Masculino Femenino Numero Telefónico _____

Dirección: _____ Apto. No. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal:

Raza: Blanco Hispano/Latino Negro/Africano-Americano Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico Otro

Relación del Paciente con el titular de la póliza: Si mismo Esposo/a Hijo/a Otro

4. ESTATUS DEL SEGURO (Marque el cuadro apropiado):

Número de Medicaid/ARKids:

Número de Medicare:

Nombre de la Compañía de Seguros _____

Número de Identificación /Póliza #:

Información del TITULAR DE LA POLIZA (si es diferente al paciente):

Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo nombre _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:

Nombre de la empresa donde trabaja el Titular de la Póliza: _____

5. Flu Vaccine Administration (Completed by ADH staff only)

SHOT CODE:

- 48: Trivalent (P-F) 6- 35 months
- 59: Trivalent (P-F) ≥ 3 years
- 39: Quadrivalent Intranasal vaccine (P-F) 2 through 49 years
- 44: Quadrivalent (P-F) ≥ 3 years

Site Codes: Right Arm = RA,
Right Leg = RL, Left Arm =
LA, Left Leg = LL

2012 Flu Vaccine	Route	Site Code	Dosage mL.	Dose Number (1 st or 2 nd)	MFG Code	Lot Number	Is a 2 nd dose needed?	
	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal						YES	NO

Date Vaccine Administered: _____ / _____ / _____