



OKLAHOMA CARING VAN PROGRAM/VARIETY CARE SEASONAL INFLUENZA CONSENT/AUTHORIZATION FORM

IN ORDER FOR THIS CONSENT/AUTHORIZATION TO BE VALID, IT MUST BE COMPLETED IN ITS ENTIRETY AND SIGNED BY A PARENT OR GUARDIAN.
PLEASE USE ONLY BLACK OR BLUE INK TO COMPLETE THIS FORM. ONLY FILL OUT AND RETURN IF YOU WANT YOUR CHILD TO HAVE AN INFLUENZA (FLU) SHOT.

| | | | | | |
|------------------|--|---|---|---|--|
| LAST NAME | FIRST NAME | MIDDLE INITIAL | DATE OF BIRTH / / | AGE | GENDER: <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE |
| STREET ADDRESS | | | CITY | STATE | ZIP |
| PHONE NUMBER () | <input type="checkbox"/> CELL <input type="checkbox"/> HOME | LANGUAGE: <input type="checkbox"/> ENGLISH <input type="checkbox"/> SPANISH <input type="checkbox"/> OTHER _____ | ETHNICITY: HISPANIC ORIGIN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | RACE: <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN/ALASKAN NATIVE <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> BLACK/AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN/OTHER PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> WHITE | |

VACCINES FOR CHILDREN (VFC) ELIGIBILITY

THE CHILD MUST BE YOUNGER THAN 19 YEARS OF AGE AND AT LEAST ONE OF THE FOLLOWING CRITERIA MUST BE MET TO QUALIFY FOR IMMUNIZATIONS AT NO CHARGE.
 MY CHILD HAS COVERAGE THROUGH SOONERCARE/MEDICAID
 MY CHILD IS AMERICAN INDIAN OR NATIVE ALASKAN
 MY CHILD IS UNINSURED.

PLEASE CHECK ONE OF THE FOLLOWING BOXES:
 MY CHILD'S IMMUNIZATIONS CAN BE DONE **WITHOUT MY PRESENCE.**
 MY CHILD'S IMMUNIZATIONS CAN ONLY BE DONE **WITH MY PRESENCE.**

MEDICAL SCREENING QUESTIONS

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| HAVE YOU EVER HAD A FLU VACCINE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | DO YOU HAVE A FEVER, INFECTION OR CURRENT ILLNESS TODAY? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | HAVE YOU EVER HAD A REACTION TO THE INFLUENZA VACCINE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | DO YOU HAVE AN ALLERGIC REACTION TO CHICKEN EGGS, LATEX, THIMEROSAL OR GELATIN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | HAVE YOU EVER EXPERIENCED GUILLAIN-BARRE SYNDROME (SEVERE PARALYTIC ILLNESS)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
|--|--|--|---|---|

THIS CONSENT SHALL REMAIN IN EFFECT FOR 90 DAYS AFTER THE DATE SIGNED

I, the undersigned, give my consent for myself or my child to receive the injectable influenza vaccination from Variety Care with assistance from the Oklahoma Caring Vans Program. I have read or had explained to me the information contained in the Vaccine Information Statement(s) (VIS) about the disease(s) and the vaccine(s). I understand that the risks and benefits for these services will be explained to me and that I will have the opportunity to ask questions. I understand that I may refuse services at any time. I, the undersigned, do hereby authorize Variety Care to release information from my or my child's immunization record to the following: healthcare providers, public health officials, schools, daycares, and the Department of Human Services. I acknowledge that I have been offered a copy of Variety Care's Privacy Practices as required by the Health Insurance Portability and Accountability Act. I, the undersigned, authorize the release of any medical or other information necessary to process Medicare/Medicaid billing. I also request payment be assigned to the Variety Care Medicare/Medicaid patients may receive a letter as part of Medicare/Medicaid's anti-fraud procedure. Please be aware that these letters are not seeking payment for services from patients.

| | | |
|------------------|-----------------------|------|
| SIGNATURE | RELATIONSHIP TO CHILD | DATE |
|------------------|-----------------------|------|

FOR CLINIC USE ONLY — DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

| VACCINE TYPE | DATE | LOT NUMBER | SITE/ROUTE (ENTER NUMBER FROM KEY AT RIGHT) | SIGNATURE/INITIALS |
|--------------|------|------------|---|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- SITE KEY:**
- 1 RT Vast Lat IM
 - 2 LT Vast Lat IM
 - 3 RT Deltoid IM
 - 4 LT Deltoid IM
 - 9 Other (nasal spray)
 - 13 RT Deltoid ID
 - 14 LT Deltoid ID

For Vaccine Information Sheets, please visit <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html>



INFLUENZA ESTACIONAL: CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE CLÍNICAS MÓVILES

ESTA FORMA SERÁ VÁLIDA ÚNICAMENTE CON TODOS LOS CAMPOS LLENOS Y LA FIRMA DE UNO DE LOS PADRES O TUTOR.
LLENAR CON TINTA NEGRA O AZUL Y ENTREGAR ÚNICAMENTE SI DESEA QUE SU HIJO RECIBA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA (GRIPE).

| | | | | | |
|---------------|---|---|--|---|---|
| APELLIDO | NOMBRE | IN. 2.º NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO / / | EDAD | SEXO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO |
| CALLE | | | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| NÚM. TEL. () | <input type="checkbox"/> MÓVIL <input type="checkbox"/> CASA | IDIOMA: <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO _____ | ETNICIDAD: ¿ES DE ORIGEN HISPANO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | RAZA: <input type="checkbox"/> INDÍGENA ESTADOUNIDENSE/NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICA <input type="checkbox"/> NEGRA/AFROAMERICANA <input type="checkbox"/> ORIGINARIO DE HAWÁI/DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> BLANCA | |

ELEGIBILIDAD DE VACUNACIÓN INFANTIL (VFC, EN INGLÉS)

| | |
|---|---|
| EL NIÑO DEBE SER MENOR DE 19 AÑOS DE EDAD Y CUMPLIR CON AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNACIÓN SIN COSTO. <input type="checkbox"/> MI NIÑO/A TIENE COBERTURA A TRAVÉS DE SOONERCARE/MEDICAID <input type="checkbox"/> MI NIÑO/A ES INDÍGENA ESTADOUNIDENSE/NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> MI NIÑO/A NO TIENE SEGURO. | MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES: <input type="checkbox"/> A MI NIÑO/A PUEDEN APLICARLE LAS VACUNAS SIN MI PRESENCIA. <input type="checkbox"/> A MI NIÑO/A PUEDEN APLICARLE LAS VACUNAS ÚNICAMENTE CON MI PRESENCIA. |
|---|---|

CUESTIONARIO MÉDICO

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| ¿EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA HA RECIBIDO LA VACUNA CONTRA LA GRIPE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿TIENE CALENTURA, ALGUNA INFECCIÓN O ESTÁ ENFERMO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿HA PRESENTADO ALGUNA REACCIÓN A LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿ES ALÉRGICO A LOS HUEVOS DE GALLINA, LÁTEX, TIOMERSAL O A LA GELATINA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿HA EXPERIMENTADO EL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ (POLINEURITIS IDIOPÁTICA AGUDA)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
|--|---|--|--|---|

CONSENTIMIENTO POR 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADO

Yo, el abajofirmante, doy mi consentimiento para que yo o mi niño/a recibamos de Variety Care, con la colaboración del programa de clínicas móviles Oklahoma Caring Vans, la vacuna inyectable contra la influenza. He leído o se me ha explicado la información sobre la(s) enfermedad(es) y vacuna(s) que aparece en la(s) hoja(s) de información Vaccination Information Statement(s) (VIS, en inglés). Entiendo que se me explicarán los riesgos y los beneficios de estos servicios y que tendré la oportunidad de realizar preguntas. Entiendo que puedo rechazar los servicios en cualquier momento. Por este medio, yo, el abajofirmante, autorizo que Variety Care, divulgue información del esquema de vacunación de mi niño/a a: profesionales médicos, personal de salud pública, escuelas, guarderías y al Departamento de Servicios Humanos. Reconozco que se me ha ofrecido una copia del *Aviso de Prácticas de privacidad de Variety Care, (Variety Care Notice of Privacy Practices)*, como lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés). Yo, el abajofirmante, autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra índole que sea necesaria para el procesamiento de facturas de Medicare/Medicaid. Asimismo, solicito que el pago sea asignado a Variety Care. Los pacientes de Medicare/Medicaid podrán recibir una notificación como parte del protocolo antifraude de Medicare/Medicaid. Dichas notificaciones no tienen la finalidad de cobrar a los pacientes por los servicios.

| | | |
|---------|--------------------------|-------|
| FIRMA ➔ | PARENTESCO CON EL NIÑO/A | FECHA |
|---------|--------------------------|-------|

USO ADMINISTRATIVO. NO ESCRIBA EN ESTA SECCIÓN.

| VACUNA | FECHA | LOTE | SITIO/RUTA (CÓDIGO DE LA TABLA A LA DERECHA) | FIRMA/INICIALES |
|--------|-------|------|--|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| |
|------------------------|
| SITE KEY: |
| 1 RT Vast Lat IM |
| 2 LT Vast Lat IM |
| 3 RT Deltoid IM |
| 4 LT Deltoid IM |
| 9 Otro (aerosol nasal) |
| 13 RT Deltoid ID |
| 14 LT Deltoid ID |