



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: ☐ FEMALE ☐ MALE
STREET ADDRESS		CITY	STATE	ZIP	
PHONE NUMBER ()	☐ CELL ☐ HOME	LANGUAGE: ☐ ENGLISH ☐ SPANISH ☐ OTHER _____	ETHNICITY: HISPANIC ORIGIN? ☐ YES ☐ NO	RACE: ☐ AMERICAN INDIAN/ALASKAN NATIVE ☐ ASIAN ☐ BLACK/AFRICAN AMERICAN ☐ NATIVE HAWAIIAN/OTHER PACIFIC ISLANDER ☐ 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? ☐ YES ☐ NO	DO YOU HAVE A FEVER, INFECTION OR CURRENT ILLNESS TODAY? ☐ YES ☐ NO	HAVE YOU EVER HAD A REACTION TO THE INFLUENZA VACCINE? ☐ YES ☐ NO	DO YOU HAVE AN ALLERGIC REACTION TO CHICKEN EGGS, LATEX, THIMEROSAL OR GELATIN? ☐ YES ☐ NO	HAVE YOU EVER EXPERIENCED GUILLAIN-BARRE SYNDROME (SEVERE PARALYTIC ILLNESS)? ☐ YES ☐ 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: ☐ FEMENINO ☐ MASCULINO
CALLE	CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL
NÚM. TEL. ()	☐ MÓVIL ☐ CASA	IDIOMA: ☐ INGLÉS ☐ ESPAÑOL ☐ OTRO _____	ETNICIDAD: ¿ES DE ORIGEN HISPANO? ☐ SÍ ☐ NO		RAZA: ☐ INDÍGENA ESTADOUNIDENSE/NATIVO DE ALASKA ☐ ASIÁTICA ☐ NEGRA/AFROAMERICANA ☐ ORIGINARIO DE HAWÁI/DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO ☐ 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.

☐ MI NIÑO/A TIENE COBERTURA A TRAVÉS DE SOONERCARE/MEDICAID ☐ MI NIÑO/A ES INDÍGENA ESTADOUNIDENSE/NATIVO DE ALASKA ☐ MI NIÑO/A NO TIENE SEGURO.

MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

☐ A MI NIÑO/A PUEDEN APLICARLE LAS VACUNAS **SIN MI PRESENCIA.**
☐ 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?
☐ SÍ ☐ NO

¿TIENE CALENTURA, ALGUNA INFECCIÓN O ESTÁ ENFERMO?
☐ SÍ ☐ NO

¿HA PRESENTADO ALGUNA REACCIÓN A LA
VACUNA CONTRA LA INFLUENZA?
☐ SÍ ☐ NO

¿ES ALÉRGICO A LOS HUEVOS DE GALLINA, LÁTEX,
TIOMERSAL O A LA GELATINA?
☐ SÍ ☐ NO

¿HA EXPERIMENTADO EL SÍNDROME DE GUILLAIN
BARRÉ (POLINEURITIS IDIOPÁTICA AGUDA)?
☐ SÍ ☐ 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