

FLUMIST™ CONSENT FORM

			School	Room Number	
Student's Last Name	First	MI	Date of Birth	Age	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Address					
City		State		ZIP	
Please choose one of the following: <input type="checkbox"/> No Insurance <input type="checkbox"/> Medicaid / Hoosier Healthwise <input type="checkbox"/> Private Insurance					
Name of Responsible Adult			Phone Number		

Your child cannot receive FluMist™ if you answer “yes” to any of the following questions. Please see your private physician to determine which flu vaccination is appropriate for your child.

Precautions and Contraindications: <i>Please check Yes or No for each question.</i>	Yes	No
1. Has your child had a severe allergic reaction (hives or trouble breathing) to any part of the vaccine (eggs, egg proteins, gentamicin, gelatin, or arginine)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Has your child ever had a life-threatening reaction to FLU vaccine in the past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is your child currently receiving aspirin or aspirin-containing (salicylate) treatment (not Tylenol or ibuprofen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Does your child have asthma, reactive airway disease, recurrent wheezing, or active wheezing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Has your child ever had Guillain-Barré syndrome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Does your child have a muscle or nerve disorder (such as seizures or cerebral palsy) that can lead to breathing or swallowing problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Does your child have any diseases (for example, cancer, lupus, or HIV/AIDS) or take a medication (for example, steroids or chemotherapy) that lowers the body's resistance to infection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Is your child pregnant or nursing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Does your child have close contact with anyone who has a weakened immune system (for example, an individual who has had a bone marrow transplant and currently hospitalized in isolation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Does your child have a health concern such as chronic heart disease, lung disease, sickle cell disease (not trait), kidney or liver disease, metabolic disease (such as diabetes), anemia, thalassemia or any other blood disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENT FOR SERVICES

I have reviewed the Vaccine Information Sheet. I have read the adverse reactions associated with the FluMist™ Vaccine. I have had the chance to ask questions and to fully understand the benefits and risks of FluMist™ Vaccine. I request that FluMist™ Vaccine be given to the student named above.

LEGAL GUARDIAN SIGNATURE: _____ **Date:** _____

Printed Name: _____

FOR CHILDREN LESS THAN NINE (9) YEARS OF AGE

I understand that since my child is less than nine (9) years of age, they may require a **SECOND** dose of FluMist™ Vaccine in 4–6 weeks if they are eligible under the guidelines of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). I will be notified if my child requires a second dose of the FluMist™ Vaccine.

LEGAL GUARDIAN SIGNATURE: _____ **Date:** _____

Printed Name: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO FLUMIST™

Escuela:				N.º de Aula		
Nombre del Estudiante	Apellido(s)	Primer Nombre	Inicial (segundo nombre)	Fecha De Nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M
Dirección						
Ciudad		Estado		Código Postal		
Por favor elija uno: <input type="checkbox"/> No tiene seguro <input type="checkbox"/> Medicaid / Hoosier Healthwise <input type="checkbox"/> Seguro privado						
Nombre del Adulto Responsable				Número de Teléfono		

Su hijo(a) no puede recibir FluMist™ si usted contesta afirmativamente a cualquiera de las siguientes preguntas. Por favor vaya a su propio médico para determinar qué vacuna contra la gripe es apropiada para su hijo(a).

Precauciones y Contraindicaciones: Por favor marque Sí o No para cada pregunta.	Sí	No
1. ¿Ha tenido su hijo(a) alguna reacción alérgica grave (urticaria o problemas para respirar) a alguna de las partes de la vacuna (huevos, proteína del huevo, gentamicina, gelatina o arginina)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido alguna vez su hijo(a) una reacción que puede ser mortal a la vacuna contra la GRIPE? . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Está recibiendo su hijo(a) un tratamiento a base de aspirina o que contenga aspirina (salicilato) actualmente (no Tylenol o ibuprofeno)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene su hijo(a) asma, respiración sibilante recurrente o respiración sibilante activa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido su hijo(a) alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene su hijo(a) un trastorno muscular o nervioso (como ataques o parálisis cerebral) que pueda ocasionar problemas respiratorios o para tragar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene su hijo(a) alguna enfermedad (por ejemplo, cáncer, lupus, el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV, siglas en inglés), o SIDA) o toma alguna medicina (por ejemplo, esteroides o quimioterapia) que baje las defensas del cuerpo contra la infección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Está su hija embarazada o dando el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene su hijo(a) contacto cercano con alguien que tenga un sistema inmunológico debilitado (por ejemplo, una persona que haya recibido un trasplante de médula ósea y esté actualmente aislado en un hospital)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene su hijo(a) algún problema de salud crónico como enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, anemia de células falciformes (sickle cell) (no rasgo falciforme), enfermedad renal o hepática, enfermedad metabólica (como diabetes), anemia, talasemia o cualquier otro trastorno sanguíneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS

He leído la Hoja Informativa de la Vacuna. He leído las reacciones adversas asociadas con la vacuna FluMist™. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y de entender plenamente los beneficios y riesgos de la vacuna FluMist™. Solicito que se administre la vacuna FluMist™ al estudiante arriba nombrado.

FIRMA DEL TUTOR LEGAL: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

PARA NIÑOS MENORES DE NUEVE (9) AÑOS DE EDAD

Entiendo que como mi hijo(a) es menor de nueve (9) años, él/ella puede necesitar una SEGUNDA dosis de la vacuna FluMist™ dentro de 4–6 semanas, si cumple los requisitos del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP por sus siglas en inglés). Si mi hijo(a) necesita una segunda dosis de la vacuna FluMist™, se me notificará.

FIRMA DEL TUTOR LEGAL: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____