HEALTH HERO
You Keep Them Smart
We Keep Them Healthy

FLU VACCINE CONSENT FORM

School Name: _____

Scan QR code for Vaccine Information Statement

PLEASE COMPLETE ALL OF THE INFORMATION BELOW – Please print using ink (Incomplete forms will not be accepted)											
FIRST NAME OF STUDENT			MIDDLE INITIAL		LAST NAME OF STUDENT				SUFFIX		
SEX (Mark with an x):	Male →		Female →		DATE OF BIRTH	m m / d d / y y y y		AGE		GRADE	
ADDRESS								MOTHER'S MAIDEN NAME			
CITY			ZIP CODE					HOMEROOM TEACHER			
EMAIL					PHONE						

The current health care laws require us to bill your insurance company for the vaccine. The service is offered at no cost to you. Answers are always confidential.

MY CHILD IS ENROLLED WITH MEDICAID (VFC ELIGIBLE) (mark with an X)		MY CHILD HAS COMMERCIAL INSURANCE (NOT VFC ELIGIBLE) (mark with an X)			
Alabama Medicaid		BCBS / All kids		INSURANCE COMPANY NAME	
		Aetna		MEMBER ID	
		CHAMPVA		POLICY / BENEFITS NUMBER	
		Cigna		POLICY HOLDER's FIRST NAME	
		Tricare		POLICY HOLDER's LAST NAME	
		UMR- Wausau			
MY CHILD HAS NO INSURANCE (VFC ELIGIBLE) (mark with an X)		United Health Care		DATE OF BIRTH	m m / d d / y y y y
		Viva Health Plan			

HEALTH QUESTIONS (mark with an X)	YES	NO
Will this be the first time your child has received a flu vaccine?		
Has your child ever had an adverse reaction to any vaccine in the past including Guillain Barre syndrome?		
Does your child have a blood disorder such as hemophilia or sickle cell?		

STUDENT RACE (mark with an X)	
African American/Black	
White	
Asian	
Hawaiian / Pacific Islander	
Alaskan / Native- American	
Other	

ETHNICITY (mark with an X)	
Hispanic	
Non-Hispanic	

I have read the information about the vaccine and special precautions on the Vaccine Information Sheet. I am aware that I can locate the most current Vaccine Information Statement and other information at www.immunize.org or www.cdc.gov. I have had an opportunity to ask questions regarding the vaccine and understand the risks and benefits. I request and voluntarily consent for the vaccine to be given to the person listed above of whom I am the parent or legal guardian and having legal authority to make medical decisions on their behalf. I acknowledge no guarantees have been made concerning the vaccine's success. I hereby release the school system, HNH Immunizations Inc., MaxVax LLC., Health Hero and it's affiliates, subsidiaries, affiliated schools of nursing, their directors and employees from any and all liability arising from any accident or act of omission which arises during vaccination. I understand this consent is valid for 6 months and that I will make the school aware of any health changes prior to the vaccination clinic date. I acknowledge that I am giving permission for HNH Immunizations Inc. to adjudicate and appeal claims with my insurance providers on my behalf. Clinic dates can be obtained from the school. I understand that the health-related information on this form will be used for insurance billing purposes and your privacy will be protected. I approve the use of my phone number to receive health related information. I request and voluntarily consent for the vaccine to be given and recorded in state registry for the person listed above.

PARENT/GUARDIAN WITH AUTHORITY TO AUTHORIZE VACCINATIONS SIGNATURE		DATE OF SIGNATURE	m m / d d / y y y y
FIRST NAME		LAST NAME	
SIGNERS DATE OF BIRTH	m m / d d / y y y y	RELATIONSHIP TO CHILD	

IF YOU HAVE ANY HEALTH QUESTIONS, PLEASE CONTACT YOUR CHILD'S PEDIATRICIAN OR CALL US AT 205-609-0268 TO SPEAK TO A REPRESENTATIVE.
PLEASE SEE WWW.HEALTHHEROUSA.COM FOR MORE INFORMATION.

LEFT ARM

STOP

Do NOT return this form unless you want your child to be vaccinated.

AL25 | www.healthherousa.com
HNH Immunizations Inc.
326 Prairie Street N.
Union Springs AL 36089
eris@healthherousa.com
205-609-0268

RIGHT ARM

Consent for the flu vaccine only, doesn't include COVID

HEALTH HERO
You Keep Them Smart
We Keep Them Healthy

FLU FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN

Nombre de la Escuela _____

Escanear código QR para Información sobre vacunas Declaración

POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN - POR FAVOR ESCRIBA CON TINTA (NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE		**INICIAL MEDIA**		**APELLIDO DEL ESTUDIANTE**		**SUFFIX**	
SEXO (marque con una X)	Hombre →		Mujer →		**FECHA DE NACIMIENTO** m m / d d / a a a a	**EDAD**	**GRADO**
DIRECCIÓN						**APELLIDO DE LA MADRE**	
CIUDAD		**CÓDIGO POSTAL**				**PROFESOR**	
EMAIL				**TELÉFONO**			

La legislación sanitaria vigente nos obliga a facturar la vacuna a su compañía de seguros. El servicio es gratuito. Sus respuestas son confidenciales.

MI HIJO ESTÁ INSCRITO EN MEDICAID (VFC ELIGIBLE) (marque con una X)		**MI HIJO TIENE UN SEGURO COMERCIAL** (VFC NO ELIGIBLE) (marque con una X)		**COMPAÑÍA DE SEGUROS**	
Alabama Medicaid		BCBS / All kids		**ID MIEMBRO**	
		Aetna		**NÚMERO DE PÓLIZA**	
		CHAMPVA		**NOMBRE TITULAR DE LA PÓLIZA**	
		Cigna		**APELLIDO TITULAR DE LA PÓLIZA**	
		Tricare			
		UMR- Wausau			
MI HIJO NO TIENE SEGURO (VFC ELIGIBLE) (marque con una X)		United Health Care		**FECHA DE NACIMIENTO**	m m / d d / a a a a
		Viva Health Plan			

PREGUNTAS DE SALUD (marque con una X)	**SI**	**NO**
¿Esta es la primera vez que su hijo reciba una vacuna antigripal?		
¿Ha tenido su hijo alguna reacción adversa a alguna vacuna en el pasado, incluído el síndrome de Guillain Barre?		
¿Su hijo padece algún trastorno sanguíneo como hemofilia o drepanocitosis?		

RAZA DEL ESTUDIANTE (marque con una X)	
Afroamericano	
Blanco	
Asiatico	
Hawaiano / Isleño	
Alaska / Nativo americano	
Otros	

ETNIA (marque con una X)	
Hispano	
No-Hispano	

He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales que figuran en la Hoja de información sobre la vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración Informativa sobre Vacunas más actualizada y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que se administre la vacuna a la persona arriba mencionada de la que soy padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han dado garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero al sistema escolar, HNH Immunizations Inc, MaxVax LLC, Health Hero y sus filiales, subsidiarias, escuelas de enfermería afiliadas, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso para que HNH Immunizations Inc. adjudique y apele reclamaciones con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de las clínicas se pueden obtener en la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación del seguro y se protegerá su privacidad. Apruebo el uso de mi número de teléfono para recibir información relacionada con la salud. Solicito y consiento voluntariamente que se administre la vacuna y se inscriba en el registro estatal a la persona arriba indicada.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR CON AUTORIDAD PARA AUTORIZAR LAS VACUNAS		**FECHA DE LA FIRMA**	m m / d d / a a a a
NOMBRE		**APELLIDO**	
FECHA DE NACIMIENTO DE QUIEN FIRMA	m m / d d / a a a a	**RELACIÓN CON EL NIÑO**	

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE SALUD, PÓNGASE EN CONTACTO CON EL PEDIATRA DE SU HIJO O LLÁMENOS AL 484-667-3382 PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE, CONSULTE HTTP://WWW.HEALTHHEROUSA.COM PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN.

ALTO

NO devuelva este formulario a menos que desee que su hijo sea vacunado.

AL25 | www.healthherousa.com
HNH Immunizations Inc.
326 Prairie Street N.
Union Springs AL 36089
eris@healthherousa.com
205-609-0268

BRAZO IZQUIERDO

BRAZO DERECHO