



Nombre de la Escuela _____

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		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		FECHA DE NACIMIENTO	
		UMR- Wausau			
MI HIJO NO TIENE SEGURO (VFC ELIGIBLE) (marque con una X)		United Health Care			
		Viva Health Plan			

PREGUNTAS DE SALUD (marque con una X)	SI	NO	RAZA DEL ESTUDIANTE (marque con una X)	ETNIA (marque con una X)
¿Esta es la primera vez que su hijo reciba una vacuna antigripal?			Afroamericano	Hispano
¿Ha tenido su hijo alguna reacción adversa a alguna vacuna en el pasado, incluido el síndrome de Guillain Barre?			Blanco	No-Hispano
¿Su hijo padece algún trastorno sanguíneo como hemofilia o drepanocitosis?			Asiático	
			Hawaiano / Isleño	
			Alaska / Nativo americano	
			Otros	

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	
NOMBRE		APELLIDO	
FECHA DE NACIMIENTO DE QUIEN FIRMA		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](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



School Name: _____

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				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)	INSURANCE COMPANY NAME	
Alabama Medicaid	BCBS / All kids	MEMBER ID	
	Aetna	POLICY / BENEFITS NUMBER	
	CHAMPVA	POLICY HOLDER'S FIRST NAME	
	Cigna	POLICY HOLDER'S LAST NAME	
	Tricare	DATE OF BIRTH	
MY CHILD HAS NO INSURANCE (VFC ELIGIBLE) (mark with an X)	United Health Care		
	Viva Health Plan		

HEALTH QUESTIONS (mark with an X)	YES	NO	STUDENT RACE (mark with an X)	ETHNICITY (mark with an X)
Will this be the first time your child has received a flu vaccine?			African American/Black	Hispanic
Has your child ever had an adverse reaction to any vaccine in the past including Guillain Barre syndrome?			White	Non-Hispanic
Does your child have a blood disorder such as hemophilia or sickle cell?			Asian	
			Hawaiian / Pacific Islander	
			Alaskan / Native- American	
			Other	

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
FIRST NAME	LAST NAME
SIGNERS DATE OF BIRTH	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.

STOP

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

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