ARKANSAS DEPARTMENT OF HEALTH
2010 INFLUENZA IMMUNIZATION CONSENT FORM

For ADH use only

ADH Clinic Code: ☐☐☐☐ Date Vaccine Administered: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

School INC PIN ☐☐☐☐☐☐ School Grade _____

There are two forms of flu vaccine, injectable and intranasal mist. Both forms of vaccine are equally effective. See the Vaccine Information Statements for specific information. (*Hay dos formas de vacuna de gripe, inyectable e intranasal. Ambas formas de la vacuna son igualmente efectivas. Ver las Declaraciones de Informacion de Vacuna para la informacion especifica.)*

1. Medical History *(La Historia Médica):*

Complete the following questions for the individual receiving the vaccine. ***(Complete las siguientes preguntas por la persona que va a recibir la vacuna.)***

	YES	NO	
• Have you ever had a serious allergic reaction to eggs? ○ *Alguna vez ha tenido usted una reaccion seria de alergia a huevos?*	☐	☐	If any answer is yes, you cannot receive the flu vaccine.
• Have you ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine? ○ *Alguna vez ha tenido usted una reaccion seria a dosis anteriores de la vacuna antigripal?*	☐	☐	
• Have you ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine? ○ *Alguna vez ha tenido usted el Sindrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad severa de musculos despues de recibir una vacuna antigripal?*	☐	☐	
• Are you younger than 2 years or older than 49 years? *(Tiene usted menos de 2 años or mas de 49 años?)*	☐	☐	If any answer is yes, you can receive only the <u>injectable</u> flu vaccine, not the intranasal flu vaccine (flu mist).
• Are you pregnant? *(Esta usted embarazada?)*	☐	☐	
• Do you have any of the following: asthma, diabetes (or other type of metabolic disease), or disease of the lungs, heart, kidneys, liver, nerves, or blood? ○ *(Tiene usted alguno de los siguientes: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad de matabolismo), o enfermedad de pulmones, corazon, riñones, higado, nervios, o sangre?)*	☐	☐	
• Are you on long-term aspirin or aspirin-containing therapy (for example, do you take aspirin every day)? ○ *(Esta usted en una terapia a largo-plazo de aspirina o conteniendo-aspirina (por ejemplo, toma usted aspirina diario)?)*	☐	☐	
• Have you received any of the following vaccines in the last 30 days? *Ha sido usted alguna de las siguientes vacunas en los últimos 30 días?* Measles, mumps, rubella (MMR) (*el sarampión, las paperas y la rubéola)* o Yes o No Varicella (chickenpox) *(la varicela)* o Yes o No Intranasal influenza vaccine (Flu Mist) (*la gripe niebla*) o Yes o No			
• Do you have a severely weakened immune system (for example, from HIV, cancer, or medications such as steroids or those used to treat cancer)? ○ *(Tiene usted un sistema inmunológico débil (por ejemplo, de HIV, cancer, o medicinas como esteroides o esos usados para tratar el cancer?)*	☐	☐	
• Do you have close contact with a person who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow transplant)? ○ *(Tiene usted contacto cercano con una persona que necesita cuidado en un ambiente protegido (por ejemplo, alguien que recientemente tuvo un transplante de médula espinal?)*	☐	☐	

Please read the section **2. Release and Assignment** on the reverse side of this form**.** The Arkansas Department of Health's Privacy Notice is on the website www.healthy.arkansas.gov, posted and available at the clinic site, or accompanies this form. Then sign on the first line in the box at right.

Por favor lea la seccion 2. Sobre Liberacion de Asignacion en el reves de esta forma. El Departamento De Salud de Arkansas Aviso de Privacidad esta en el sitio web www.healthy.arkansas.gov, fijado y disponible en el sitio de clinica o acompana esta forma. Firma en la primera línea en la caj a la derecha.

Please sign here

My signature below indicates I have read, understand and agree to **section 2. Release and Assignment** of the 2010 Influenza Immunization Consent Form. Consent valid through June 30, 2011.

Signature of Patient/Parent/Guardian *(Firma)*:

_____date_____

Signature and Title of Vaccine Administrator:

_____date _____

Name:_____ Date of Birth:_____

2. Release and Assignment *(Publicar y Asignar)*

- I have read or had explained to me the 2010-2011 Vaccine Information Statements for the Inactivated Influenza Vaccine and the Live Attenuated Intranasal Vaccine (Flu Mist) (8/10/10) and understand the risks and benefits.
  - *He leído o me han explicado la Declaraciónes de la Información de la Vacuna para la Vacuna de Influenza Inactivada (inyección) y la Vacuna Viva Atenuada Contra la Influenze (rocío nasal) del 2010-2011 (8/10/10) y he entendido los riesgos y beneficios.*
- I give consent to the State/Local Health Department and its staff for the individual named at the top of this form to be vaccinated with the flu vaccine.
  - *Yo doy mi consentimiento al Departamento de Salud Local/Estatal y a su personal para que el nombre descrito arriba de esta forma sea vacunado con la vacuna de influenza.*
- I hereby acknowledge that I have reviewed a copy of the Arkansas Department of Health's Privacy Notice.
  - *Yo, por la presente reconozco que he revisado una copia de la Nota de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas.*

To My Insurance Carrier(s): *(Para Mi Portador de Aseguranza(s)):*

- **I authorize the release of any medical information necessary to process my insurance claim(s).**
  - *Yo autorizo la liberacion de cualquier informacion medica necesaria para el proceso de reclamo(s) de mi aseguranza.*
- **I authorize and request payment of medical benefits directly to the Arkansas Department of Health.**
  - *Yo autorizo y solicito pago de beneficios medicos directamente al Departamento de Salud de Arkansas.*
- **I agree that the authorization will cover all medical services rendered until such authorization is revoked by me.**
  - *Yo estoy de acuerdo que la autorizacion cubrira todos los servicios medicos otorgados hasta que dicha autorizacion sea revocada por mi.*
- **I agree that the photocopy of this form may be used in lieu of the original.**
  - *Yo estoy de acuerdo que la fotocopia de esta forma puede ser usada en lugar de la original.*

3. Patient Information

First Name (nombre) _____ **MI** _____ **Last Name** (apellido)_____

Date of Birth (fecha de nacimiento) ___/_____/____ **Gender** (género): ☐Male ☐Female **Phone Number** (teléfono) _____

Address: (dirección) _____ **Apt. No.** (número de apartamento) _____

City (ciudad) _____ **State** (estado)_____ **Zip Code** (código postal) _____

Race (raza y pertenencia étnica):
☐ White Non-Hispanic ☐ Hispanic ☐ Asian/Pacific Islander
☐ Black/African American ☐ Native American/Alaskan Native ☐ Unknown

4. Insurance Status (Check appropriate box): (estado de seguros, Compruebe la caja apropiada):

☐ Medicaid/ARKids Number (número de seguro de enfermedad) ☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐

☐ Medicare Number (número de asistencia médica) ☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐-☐☐

☐ Name of Insurance (primary) (Nombre de seguros – primero): _____

Insurance ID Number (Número de identificación de seguro): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Insurance Group Number (Número de Grupo de Seguros) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Name of Insurance (secondary) (Nombre de seguros – secundario): _____

Insurance ID Number (Número de identificación de seguro): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Insurance Group Number (Número de Grupo de Seguros) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ No Insurance (Ningún Seguro) ☐ Underinsured *(no totalmente asegurado)* (insurance does not pay full amount for vaccine)

5. Flu Vaccine Administration (Completed by ADH staff only - *Completado por el personal sólo ADH*)

SHOT CODE:
☐ 48: Preservative Free (P-F) 6- 35 months
☐ 59: Preservative Free (P-F) ≥ 3 years
☐ 39: Intranasal vaccine. Preservative Free (P-F) 2 through 49 years

Site Codes: Right Arm = RA, Right Leg = RL, Left Arm = LA, Left Leg = LL

2010 Flu Vaccine	Route	Site Code	Dosage mL.	Dose Number (1st or 2nd)	MFG Code	Lot Number	Is a 2nd dose needed?	
	☐ IM ☐ Intranasal						**YES**	**NO**