



Caldwell ISD
Flu Shot Clinic
November 18, 2019

Please return forms to your school nurse by
October 28, 2019!

Flu shots are covered by most Private Insurances, Medicaid and Chips
(Submit a copy of insurance card with consent form)

No insurance:
\$5 per immunization (18 and under)
\$25 (18 and older)
\$60 – High Dose Flu shot (65 and older)

Aurora Concepts, LLC
233 Hurst Street, Suite B
Center, Texas 75935
Phone: 936-598-3296 Fax: 936-598-9208



2019-2020 Seasonal Flu Shot Vaccine Consent Form

I acknowledge that Aurora Concepts provided me and I have been afforded the opportunity to read the Notice of Privacy Practices and CDC Vaccine Information Statement for the Inactivated Influenza Vaccine (IIV) on their website: www.auroraconcepts.net under the 'Patient Resources' tab.

I give permission to Aurora Concepts and their administrators to give my child the vaccine in my absence, to communicate with other healthcare providers, as needed, and for data entry, billing and storage according to Texas Department of Health policies, to assure optimal healthcare for my child. I hereby release Aurora Concepts, and my child's school district from any and all liability associated with the administration and potential side effects of the vaccine.

YES, I wish to for my child to receive the flu vaccine. (please complete this form) **NO, I do not wish for my child to receive the flu vaccine. (do not proceed with form)**

Printed Name of Parent/Guardian _____ Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

| | | | | |
|---|--|-------------------------|--|--|
| Full, Legal Name of Student (First Name Middle Initial. Last Name) PLEASE PRINT | | Name of School | | |
| Parent/Guardian Name (First Name Middle Initial. Last Name) | | Relationship to Student | | Homeroom Teacher / Grade |
| Address | | Email Address | | Birth Date (month / date / year) Age Sex |
| City | | Zip Code | | Home Phone # Cell Phone # |

Please CHECK ONE and fill out the following questions

Insurance CHIP/STAR/Medicaid American Indian/Alaskan Native

Underinsured (insurance does not cover Flu vaccine) My child does not have health insurance \$5 Administrative Fee requested date of clinic

Insurance Company: _____ Member ID: _____
Policy Holder's Name: _____ Policy Holder's Date of Birth: _____

The current health care laws require us to bill your insurance company for the vaccine. There will be no out of pocket expense for those insured.

QUESTIONS : CHECK YES OR NO FOR EACH QUESTION

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|---|
| Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 1.) Is your child 4 years or older? |
| Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 2.) Do any of the following apply to your child? (If you answer YES, your child cannot receive a Flu Vaccine at school - please contact your child's doctor) Allergy to chicken eggs or egg products Life threatening reaction(s) to flu vaccine in the past Allergy to Latex Has had Guillain-Barre syndrome (very rare) |
| Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 3.) Do any of the below apply to your child? Has long-term health problems with weakened immune system, heart disease, lung disease (e.g. cystic fibrosis), liver disease, kidney disease, or metabolic disorders (e.g. diabetes) or blood disorders (e.g. sickle disease or thalassemia) |

IF YOU HAVE ANY HEALTH QUESTIONS, PLEASE CONTACT YOUR CHILD'S PEDIATRICIAN OR CALL AURORA CONCEPTS AT 936-598-3296 TO SPEAK TO A NURSE.

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY FOR ADMINISTRATION

VIS CDC IIV _____ .IIV 0.5 ML IM Injection (Flulaval)
LOT NUMBER _____ EXP DATE _____
VACCINE MANUFACTURER _____ TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR _____
SIGNATURE _____ DATE _____ (RD IM) OR (LO IM)



Formulario de consentimiento para la vacuna contra la gripe estacional 2019-2020

Reconozco que Aurora Concepts me brindo la oportunidad de leer el aviso de practicas de privacidad y la declaracion de informacion sobre vacunas CDC para la vacuna contra la influenza inactivada (IIV) en su sition web: www.auroraconcepts.net en la pestana Recursos para el paciente.

Doy mi permiso a Aurora Concepts y sus administradores para darle a mihijio la vacuna en mi ausencia, para comunicarme con los proveedores de atencion medica, segun sea necesario, y para la entrada de datos, facturacion y almacenamiento de acuerdo con las politicas del Departamento de Salud de Texas, para asegurar una atencion medica optima para mihijo. Por la presente, publico Aurora Concepts y distrito escolar de mi hijo de cualquier responsabilidad relacionada con la adminitracion y los posibles efectos secundarios de la vacuna.

Si, Quiero vacuna contra la gripa **NO , No quiero** vacuna contra la gripa

Nombre de Padre

Firma de padre

Fecha

| | | |
|-------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| Nombre completo y legal | | Nombre de Escuela |
| Nombre de Padre | Relacion al Estudiante | Maestro/Grado |
| Dirreccion | Correo Electronico | Fecha de Nacimiento |
| Ciudad | Codigo Postal | Telefono Celular |

Favor de escoger y llenar los siguientes preguntas

Asegurnza Privado CHIP/STAR/Medicaid Indio Americano/Navitvo de Alaska
 Asegurana no cubre Mi hijo(a) no tiene aseguranzz (Habrá un cobro de\$5)

Nombre de Aseguranza: Numero de Identificacion:
 Titular de la Poliza: Fecha de Nacimiento del titular:

Las leyes actuales de atención médica nos exigen que le facturemos a su compañía de seguros por la vacuna. No habrá gastos de bolsillo para los asegurados.

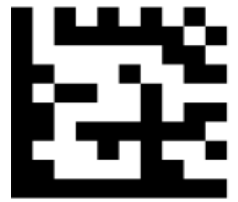
PREGUNTAS: ESCOGE SI O NO PARA CADA PREGUNTA

| | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--|
| Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 1.) ¿Su hijo(a) tiene más de cuatro años? |
| Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 2.) ¿Alguno de los siguientes se aplica a su hijo(a)? (Si responde que si, su hijo no puede recibir la vacuna contra la gripe en la escuela. (Comuníquese con el medico de su hijo(a) ¿Alergia a huevos de gallino o productos de huevo? ¿Reacciones que amenazan la vida a la vacuna contra la gripe en el paso? ¿Alergia al Látex? ¿Síndrome Hashas Guillain-Barre (muy raro) |
| Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 3.) ¿Alguno de los siguientes se aplica a su hijo(a)? ¿Tiene problemas de salud a largo plazo con un Sistema immune debilitado, enfermedad cardiac, enfermedad pulmonar, hepatica, renal o trastornos metabolicos o trastornos sanguineos? |

Si Usted tiene preguntas, comuníquese con el pediaira de su hijo o hable a Aurora Concepts, para hablar con una enfermera. (936)598-3296

AREA PARA USO OFICIAL SOLO PARA LA ADMINISTRACION

| | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| VIS CDC IIV _____ | IIV 0.5 ML IM Injection (Flulaval) |
| LOT NUMBER _____ | EXP DATE _____ |
| VACCINE MANUFACTURER _____ | TITLE OF VACCINE ADMINISTRATOR _____ |
| SIGNATURE _____ | DATE _____ (RD IM) OR (LO IM) |



(Please print clearly)

Child's Last Name grid

Child's Last Name

Child's First Name grid

Child's First Name

Child's Middle Name grid

Child's Middle Name

Child's Date of Birth grid

Child's Date of Birth

*Children younger than 18 years old only.

Child's Gender: Male Female

Child's Address grid

Child's Address

Apartment # grid

Apartment #

Telephone grid

Telephone

City grid

City

State grid

State

Zip Code grid

Zip Code

County grid

County

Mother's First Name grid

Mother's First Name

Mother's Maiden Name grid

Mother's Maiden Name

ImmTrac2, the Texas immunization registry, is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). The immunization registry is a secure and confidential service that consolidates and stores your child's (younger than 18 years of age) immunization records. With your consent, your child's immunization information will be included in ImmTrac2. Doctors, public health departments, schools, and other authorized professionals can access your child's immunization history to ensure that important vaccines are not missed.

The Texas Department of State Health Services encourages your voluntary participation in the Texas immunization registry.

Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized Entities

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of the child's immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the state's central immunization registry ("ImmTrac2"). Once in ImmTrac2, the child's immunization information may by law be accessed by:

- a public health district or local health department, for public health purposes within their areas of jurisdiction;
• a physician, or other health-care provider legally authorized to administer vaccines, for treating the child as a patient;
• a state agency having legal custody of the child;
• a Texas school or child-care facility in which the child is enrolled;
• a payor, currently authorized by the Texas Department of Insurance to operate in Texas, regarding coverage for the child.

I understand that I may withdraw this consent to include information on my child in the ImmTrac2 Registry and my consent to release information from the Registry at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group - MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

By my signature below, I GRANT consent for registration. I wish to INCLUDE my child's information in the Texas immunization registry.

Parent, legal guardian, or managing conservator:

Printed Name

Date

Signature

Privacy Notification: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See http://www.dshs.texas.gov for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

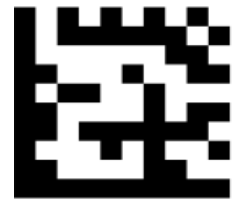
Questions? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com

Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group - MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.



REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2)
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for last name

Apellido del Niño(a)

Grid for first name

Nombre del Niño(a)

Grid for second name

Segundo Nombre del Niño(a)

Grid for birth date

*Solamente niños menores de 18 años.

Género: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

Grid for address

Dirección del Niño(a), Calle

Grid for apartment

Apartamento #

Grid for phone

Teléfono

Grid for city

Ciudad

Grid for state

Estado Código Postal

Grid for county

Condado

Grid for mother's name

Nombre de la Madre

Grid for mother's maiden name

Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad).

El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas

Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2").

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
• el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
• la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
• la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
• el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas.

Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde

Fecha

Firma

Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla.

¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com
Texas Department of State Health Services • ImmTrac Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2: Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.