



2026-27 School Based Influenza Vaccine Consent Form

VHN Number:

School Name _____

If you do NOT want your child to receive flu vaccine, do NOT fill out or return form.

Section 1: Information About the Student Who Will Receive Influenza Vaccine (please print)

STUDENT'S FIRST NAME		MIDDLE INITIAL	(LAST NAME)		NICKNAME (Name student goes by at school)	
DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy)		AGE	GENDER (Please check) ☐ Male ☐ Female		HOMEROOM TEACHER	GRADE
ETHNICITY (Please Check) Hispanic/Latino ☐ Yes ☐ No		RACE (Please Check): ☐ African American/Black ☐ White ☐ Hispanic or Latino ☐ American Indian ☐ Asian ☐ Alaska Native ☐ Native Hawaiian ☐ Other Pacific Islander ☐ Other			PARENT/ LEGAL GUARDIAN'S NAME	
HOME ADDRESS			PARENT/ GUARDIAN PHONE NUMBER(S)			
CITY		STATE	ZIP CODE		*Provide insurance plan information below.	
INSURANCE INFORMATION: Does your child have insurance that covers vaccines? ☐ Yes ☐ No If "Yes," please check health insurance provider below & complete the information to the right*: ☐ Aetna ☐ Medicaid/PeachCare/Amerigroup/Peachstate/CareSource ☐ Ambetter ☐ United Healthcare ☐ Anthem BCBS ☐ UMR ☐ Cigna ☐ TRICARE Standard ONLY ☐ No Insurance ☐ CareSource Marketplace ☐ Other					Name of Policy Holder/Name on ID Card: _____ Member ID#: _____ Group#/Policy Type (HMO, PPO, CMO): _____ Please attach a copy of the insurance card to this form.	

Section 2: Medical Information: The following questions will help us to determine if this student can receive the influenza vaccine.

*Please check Yes or No for every question.

1. Has the student received any vaccines in the last four weeks? If yes, please list:	Yes	No
2. When was the student last vaccinated for flu? _____ Date or Year		
3. Has the student ever had a serious allergic reaction to eggs?	Yes	No
4. Has the student ever had a serious reaction to any influenza (flu) vaccine?	Yes	No
5. Does the child use an inhaler or receive breathing treatments for asthma or a wheezing condition?	Yes	No
6. Is the student on long term aspirin or aspirin-containing therapy (For example: does the student take aspirin every day)	Yes	No
7. Does the student have any significant or chronic (long term) health conditions? (For example: diabetes, sickle cell disease, heart condition, lung condition, seizure disorder, cerebral palsy, muscle or nerve disorder, juvenile arthritis)	Yes	No
8. Does the student have a weak immune system? (For example, from HIV, cancer, or from taking medications such as steroids or those used to treat cancer?)	Yes	No
9. Has the student ever had Guillain-Barre Syndrome (GBS)?	Yes	No
10. Adolescent females only: Is the student pregnant?	Yes	No
11. Is the person to be vaccinated receiving influenza antiviral medications?	Yes	No

Section 3: Consent to vaccinate

If this consent form is not filled out completely, signed, dated, and returned, the student will not be vaccinated at school.

CONSENT FOR STUDENT TO RECEIVE INFLUENZA VACCINE

By signing below, I acknowledge that the student and medical information provided above is correct. I have been given a copy of the VACCINE INFORMATION STATEMENT (VIS) for INFLUENZA VACCINE or a QR code to view the VIS for INFLUENZA VACCINE. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the influenza vaccine that will be given to the student that I am authorized to represent. I understand that participation and receipt of the influenza vaccine through this program is completely voluntary. I understand that it is my responsibility to notify the school and the participating health department at least three business days prior to the school-based flu vaccination clinic event if my child has already received a flu vaccine by another provider this year.

By signing below, I give permission for the student listed above to receive flu vaccine.

Signature of Parent/Legal Guardian: _____

Date: _____

FOR CLINIC USE ONLY

Inactivated Influenza Vaccine 2026-27

Administration Route: ☐ IM / LEFT Deltoid ☐ IM / RIGHT Deltoid

Vaccine Code: _____

Lot # _____

Exp Date: _____

Vaccine Administration Date _____



English
Influenza (Flu) Vaccine
Vaccine Information Statement

Nurse Signature: _____

Date: _____

Entry Clerk Initial: _____

Date: _____

PUBLIC

\$PRIVATE\$



2026-27 Formulario de Consentimiento para
Vacunación contra la Influenza en las Escuelas

VHN Number:

Nombre de la escuela _____

Si no desea que su hijo reciba la vacuna contra la gripe, no complete ni devuelva el formulario.

Sección 1: Información acerca del Estudiante que Recibirá la Vacuna contra la Influenza (por favor escriba en letra de molde)

NOMBRE DEL (la) ESTUDIANTE	(Inicial del segundo nombre)	APELLIDO	APODO (nombre estudiante pasa en la escuela)	
FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	EDAD	SEXO: (Encierre en un Círculo) Masculino / Femenino	MAESTRO	GRADO
ETNICIDAD Hispano/Latino ☐ Sí / ☐ No	RAZA (Encierre en círculo) ☐ Afroamericano ☐ Blanco ☐ Hispano o Latino ☐ Indígena ☐ Norteamericano ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Hawaiano ☐ Otro Isleño del Pacífico ☐ Otro		NOMBRE DEL PADRE (la madre) / TUTOR LEGAL	
DIRECCION DE CASA:			NUMERO TELEFÓNICO DE LOS PADRES/ TUTOR	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	Proporcionar la información de seguro del proveedor seleccionado y anexar a este formulario una copia de la tarjeta del seguro	
INFORMACIÓN DE SEGURO: Tiene algún seguro que cubra vacunas? ☐ Sí ☐ No Por favor marcar el proveedor de seguro a continuación: ☐ Aetna ☐ Medicaid/PeachCare/Amerigroup/Peachstate/CareSource ☐ Ambetter ☐ United Healthcare ☐ No tengo seguro ☐ Anthem BCBS ☐ UMR ☐ Otro _____ ☐ Cigna ☐ TRICARE Standard ONLY ☐ CareSource Marketplace			Nombre Titular de la Póliza: # ID Miembro: # Grupo:	

Sección 2: Información Médica: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si este estudiante puede recibir la vacuna contra la influenza.
Por favor encierre en un círculo Sí o No para cada pregunta.

1. ¿El/la estudiante ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro semanas? Si la respuesta es Sí, por favor indique cuáles:	Sí	No
2. ¿Cuándo fue la última vez que el/la estudiante recibió la vacuna para la influenza? FECHA:		
3. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a los huevos?	Sí	No
4. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la influenza?	Sí	No
5. ¿El/la estudiante usa un inhalador o recibe tratamiento respiratorio para el asma o sibilancia?	Sí	No
6. ¿El/la estudiante está en terapia con aspirina o terapia que contenga aspirina a largo plazo? (Por ejemplo: el estudiante toma aspirina todos los días)	Sí	No
7. ¿El/la estudiante tiene alguna condición de salud significativa o crónica (largo plazo)? (Por ejemplo: diabetes, enfermedad de células falciformes, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, trastornos convulsivos, parálisis cerebral, trastornos musculares o nerviosos)	Sí	No
8. ¿El/la estudiante tiene un sistema inmunológico débil? (por ejemplo, debido a VIH, cancer, o medicinas tales como esteroides o aquellas usadas para tratar el cáncer)?	Sí	No
9. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	Sí	No
10. ¿La estudiante está o podría estar embarazada?	Sí	No
11. ¿La persona que se va a vacunar está recibiendo medicamentos antivirales contra la influenza?	Sí	No

Sección 3: Consentimiento a vacunar: Si este formulario de consentimiento no está diligenciado completamente, firmado, con la fecha y devuelto, el(la) estudiante no será vacunado(a) en la escuela.

CONSENTIMIENTO PARA QUE EL(LA) ESTUDIANTE RECIBA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA Al firmar abajo, reconozco que la información médica y del alumno proporcionada arriba es correcta. Me han dado una copia de la Declaración de Información sobre Vacunas para las vacunas contra la gripe o un código QR para consultar el documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la gripe que se le dará al alumno al cual estoy autorizado a representar. Entiendo que participar y recibir la vacuna contra la gripe a través de este programa es completamente voluntario. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela y al departamento de salud correspondiente por lo menos tres días hábiles antes de la fecha programada para la clínica escolar de vacunación contra la influenza, si mi hijo ya fué vacunado contra la influenza con otro proveedor de salud este año. Al firmar abajo, yo doy permiso para que el alumno antes mencionado reciba la vacuna contra la gripe.	
Firma del Padre/Tutor Legal: _____	Fecha: _____
FOR CLINIC USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE LA CLÍNICA)	
Inactivated Influenza Vaccine 2026-27 Administration Route: ☐ IM / LEFT Deltoid ☐ IM / RIGHT Deltoid VHN Code: _____ Lot #: _____ Exp Date: _____ Vaccine Administration Date: _____	 Español Vacuna contra la influenza (gripe) la Declaración de Información de Vacuna
Entry Clerk Initial: _____ Date: _____	Nurse Signature: _____ Date: _____

PUBLIC

\$PRIVATE\$