

2022 Parental Consent for Immunizations

Be sure Parent circled "YES" before giving shot.

Laboratory Address: 7017 N. Robinson, Oklahoma City OK 73116 CLIA #37D2120685

School Name/Location _____

Teacher Name/Grade _____

Please complete all information to the yellow line and bring to reception desk Date ____/____/____

Student Name (Legal)	
Student Date of Birth: ____/____/____	Student Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Home Address	
City	State Oklahoma
Zip Code	Parent/Guardian Cell Phone:

PLEASE PROVIDE INSURANCE INFORMATION: For Soonercare ID Number: Please call Member Services at 800-987-7767

Insurance Provider	Member ID Number	Group/ Policy Number	Primary Insured Date of Birth
			____/____/____

Race (please check one)		Ethnicity (please check one):	
<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino	<input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Other Race	<input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Patient Declines
<input type="checkbox"/> Black or African American	<input type="checkbox"/> Patient Declines	<input type="checkbox"/> Patient Declines	
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander			

Please circle Yes or NO to each of the following questions:

1	Has your child ever had an allergic reaction to a vaccination, eggs, any medication or vaccine component? If yes, please list reaction type	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
2	Has your child had any vaccinations in the last 8 weeks? If yes, please list which vaccination(s):	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
3	Does your child have sickle cell disease? If yes, when was their last sickle cell crisis? If yes, have they had a fever or shortness of breath in the last 2 weeks?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
4	Does your child have a history of cancer, leukemia, AIDS/HIV, a muscle/nervous system disorder, a seizure disorder, Gullain-Barre syndrome or any other immune system, autoimmune disorder or any other chronic or long-term condition?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
5	Has you child had aspirin daily, antiviral drugs, anticancer drugs, steroids for cancer, radiation therapy, immune/immune gamma globulin, a blood transfusion or any blood products in the past 8 weeks? If yes, please list:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
6	*For Females only* Is there currently a chance she is pregnant?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

Listed Below is the immunization offered today. Please circle Yes on the immunization listed for your child.

Tdap (Tetanus/Diphtheria & Pertussis). YES **Meningococcal (Meningitis). YES**

I consent and authorize my child to receive immunization(s) from Total Wellness without my physical presence. I am the legal parent/guardian to the above-named child. I understand that Total Wellness maintains the right to decline any immunization to the child listed above if he/she presents a risk of unintentional needle stick to staff or himself/herself. I have had a chance to read and ask questions in advance related to the benefits and the risk(s) of the vaccinations offered and acknowledge understanding. Please visit the CDC for the Vaccine Information Sheets on all vaccines offered at <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>. I hereby authorize the child listed above to have all immunizations the State of Oklahoma requires for entry into school and to receive the optional vaccines I have indicated by circling YES

Parent/Guardian SIGNATURE: _____

Date ____/____/____

PLEASE COMPLETE EVERYTHING ABOVE THIS LINE AND RETURN TO REGISTRATION

Private Stock Vaccines: Do NOT Enter Private Stock Vaccines into OSIS!

Date	Vaccine Type	Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Site

VFC Vaccines: VFC Vaccines MUST be Keyed into OSIS!

Date	Vaccine Type	Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Site

Vaccine Administrator: _____

Print Name: _____ Date: _____

Data Entry
OSIS Complete
Initial _____



2022 Consentimiento de los padres para vacunas

Be sure Parent circled "YES" before giving shot.

Laboratory Address: 7017 N. Robinson, Oklahoma City OK 73116

CLIA #37D2120685

Escuela/Ubicacion _____ Nombre de Maestro/Grado _____

Complete toda la forma hasta la linea Amarilla y lleve a la recepcion Fecha ___/___/___

Nombre del estudiante		
Fecha de Nacimiento: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Domicilio:		
Ciudad Estado:	State Oklahoma	
Codigo Postal	Numero de Telefono de padre/madre:	

Proporcione informacion del seguro: Para obtener el numero de indentificacion de Soonercare: llame a 800-987-7767

Proveedor de Seguro	Numero de Indenticacion de miemb	Grupo/Numero	de poliza Asegurado principal	Fecha de Nacimiento

Race (please check one)		Ethnicity (please check one):	
<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino	<input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Other Race	<input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Patient Declines
<input type="checkbox"/> Black or African American	<input type="checkbox"/> Patient Declines	<input type="checkbox"/> Patient Declines	<input type="checkbox"/> Patient Declines
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander			

Marque con un circulo Si o NO a cada una de las siguientes preguntas:

1	¿Ha tenido alguna vez su hijo una reacción alérgica a una vacuna, huevos, algún medicamento o componente de la vacuna? En caso afirmativo, indique el tipo de reacción	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
2	¿Ha recibido su hijo alguna vacuna en las últimas 8 semanas? En caso afirmativo, indique qué vacuna(s):	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
3	¿Tiene su hijo la enfermedad de células falciformes? En caso afirmativo, ¿cuándo fue su última crisis de células falciformes? En caso afirmativo, ¿ha tenido fiebre o dificultad para respirar en las últimas 2 semanas?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
4	¿Tiene su hijo antecedentes de cáncer, leucemia, SIDA/VIH, un trastorno muscular/del sistema nervioso, un trastorno convulsivo, síndrome de Gullain-Barre o cualquier otro trastorno del sistema inmunitario, autoinmune o cualquier otra afección crónica o a largo plazo? ?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
5	¿Ha tomado su hijo aspirina diariamente, medicamentos antivirales, medicamentos contra el cáncer, esteroides para el cáncer, radioterapia, gammaglobulina inmune/inmune, una transfusión de sangre o algún producto sanguíneo en las últimas 8 semanas? En caso afirmativo, indique:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
6	*Solo para mujeres* ¿Existe actualmente la posibilidad de que esté embarazada?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

A continuación se enumeran las vacunas que se ofrecen hoy. Encierre en un círculo Sí en la vacunación indicada para su hijo.

Tdap (tétanos/difteria y tos ferina). SI

Meningococcal (Meningitis). SI

Consiento y autorizo a mi hijo a recibir vacunas de Total Wellness sin mi presencia física. Soy el padre/tutor legal del niño mencionado anteriormente. Entiendo que Total Wellness se reserva el derecho de rechazar cualquier vacuna para el niño mencionado anteriormente si presenta un riesgo de pinchazo involuntario con la aguja para el personal o para sí mismo. He tenido la oportunidad de leer y hacer preguntas con anticipación relacionadas con los beneficios y los riesgos de las vacunas ofrecidas y reconozco comprensión. Visite los CDC para obtener las hojas de información sobre todas las vacunas que se ofrecen en <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>. Por la presente, autorizo al niño mencionado anteriormente a tener todas las vacunas que requiere el estado de Oklahoma para ingresar a la escuela y recibir las vacunas opcionales que he indicado al marcar

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: ___/___/___

PLEASE COMPLETE EVERYTHING ABOVE THIS LINE AND RETURN TO REGISTRATION

Private Stock Vaccines: Do NOT Enter Private Stock Vaccines into OSIS!

Date	Vaccine Type	Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Site

VFC Vaccines: VFC Vaccines MUST be Keyed into OSIS!

Date	Vaccine Type	Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Site

Vaccine Administrator: _____

Print Name: _____ Date: _____

Data Entry
OSIS Complete
Initial _____