
9/8/2026

Dear Parent/Guardian:

No Cost Influenza Vaccine!!!!

As part of a continued collaboration between the Health Department and the Choctaw Nation of Oklahoma, a school flu vaccination program is available this year which will provide voluntary flu vaccinations. This program would not be possible without the support of the Choctaw Nation of Oklahoma.

Health Department/Choctaw Nation nurses will be at your school on *10/1/2026* at 9:30am – 1:30pm. Attached you will find a consent form that must be completed and returned by *9/30/2026* in order for your child to receive a vaccine. We will be unable to immunize anyone under 18 years old without a completed consent form. *Please go to the following link for vaccine information.*

[Inactivated Influenza Vaccine VIS | Vaccines & Immunizations | CDC](#)

Only injectable vaccines will be provided. If students are not cooperative, the vaccine will not be administered. Parents/guardians are welcome to be in attendance.

If you have any questions, please contact the LeFlore County Health Department at 918-647-8601.

Sincerely,

Maygan Adams, RN III



Oklahoma State Department of Health/Choctaw Nation
Influenza Vaccination Partnership
Consent Form for Influenza Vaccine



Nombre (Primero, MI, Apellido)		Fecha de Nacimiento	Edad	Grado	Raza (Marque uno) Afro-Americano Hispano Asiático/Otra Isla Pacífica Raza Blanca Indio Americano/Nativo de Alaska	Sexo:
Dirección		Ciudad	Código Postal		Teléfono #	Estado de Nacimiento

Apellido de Soltera de la Madre: (Esto es usado para asistir en ayudar para identificarlos en los Registros de Vacunas del estado de Oklahoma)

Marque cuales apliqué para usted. Todos califican para la vacuna de la gripa

SoonerCare Nativo Americano No Aseguranza Aseguranza Privada Otro Isla Pacífica

1. ¿La persona siendo vacunada hoy está enferma?	Si ☐	No ☐
2. ¿La persona siendo vacunada tiene alguna alergia al componente de la vacuna?	Si ☐	No ☐
3. ¿La persona siendo vacunada ha tenido una reacción severa a la vacuna de la gripa en el pasado?	Si ☐	No ☐
4. ¿La persona antes a padecido del Síndrome de Guillain-Barre?	Si ☐	No ☐
5. ¿La persona a vacunar alguna vez se ha sentido mareada o desmayada(o) antes, durante o después de una inyección?	Si ☐	No ☐
6. ¿La persona que va a ser vacunada está inquieto(a) por recibir la vacuna hoy?	Si ☐	No ☐

He leído y me han explicado la información contenida en la hoja de Información sobre la vacunación contra la Influenza (gripe) (01/31/25) He tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna contra la influenza. Doy mi consentimiento para que las enfermeras del Departamento de Salud del Estado de Oklahoma /La Nación de Choctaw me administren la vacuna contra la influenza a mí o a mi hijo(a) (si corresponde). La información sobre la vacunación se puede divulgar a los proveedores de atención médica, los funcionarios de salud pública, la escuela y el Departamento de Salud del Estado de Oklahoma. Entiendo que esta vacuna se registrará en el Sistema de Información de Vacunas del Estado de Oklahoma. Acepto que mi hijo(a) reciba esta vacuna sin mi presencia y entiendo que si mi hijo(a) no coopera, no se le administrará la vacuna. En caso de emergencia, se pueden administrar medicamentos de emergencia y/u oxígeno a mi hijo.

Firma	Fecha
-------	-------

Relación al cliente: Yo mismo o Padre o Madre / Tutor

For Administrative Use Only - DO NOT WRITE BELOW

Vaccine	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Route	Location	Name and Title of Vaccine Administrator	Date
			0.5mL Intramuscular	RD LD RVL LVL		

This consent shall remain in effect for 90 days after the date signed.



Oklahoma State Department of Health/Choctaw Nation
Influenza Vaccination Partnership
Consent Form for Influenza Vaccine



Name (First, MI, Last Name)		Date of Birth	Age	Grade	Race (Circle One) Black Hispanic Asian/Pacific Islander White American Indian/Alaskan Native	Gender
Address		City	Zip	Phone #	Birth State	
Mother's Maiden Name: (This is used to help identify you in the Oklahoma State Immunization Registry)						
Please circle what applies. <i>Everyone qualifies for this flu vaccine</i>						
SoonerCare Native American No Insurance Private Insurance Pacific Islander						
1. Is the person to be vaccinated sick today?					Yes ☐	No ☐
2. Does the person to be vaccinated have an allergy to a component of the vaccine					Yes ☐	No ☐
3. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to influenza vaccine in the past?					Yes ☐	No ☐
4. Has the person ever had Guillain-Barré Syndrome?					Yes ☐	No ☐
5. Has the person to be vaccinated ever felt dizzy or faint before, during or after a shot?					Yes ☐	No ☐
6. Is the person to be vaccinated anxious about getting a shot today?					Yes ☐	No ☐
I have read and had explained to me the information contained in the Influenza Vaccination Information Sheet (01-31-25). I have had the opportunity to ask questions which have been answered to my satisfaction. I understand the risks and benefits of the Influenza Vaccine. I give my consent for Oklahoma State Department of Health/Choctaw Nation Nurses to administer Influenza Vaccine to myself or my child (if applicable). Information regarding immunization can be released to health care providers, public health officials, school and the Oklahoma State Department of Health. I understand this vaccination will be recorded in the Oklahoma State Immunization Information System. I agree for my child to receive this vaccine without my presence and understand if my child is not cooperative the vaccine will not be administered. In the event of an emergency, emergency medications and/or oxygen may be administered to my child.						
Signature					Date	
Relationship to client: Self or Parent/Guardian						
For Administrative Use Only - DO NOT WRITE BELOW						
Vaccine	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Route 0.5mL Intramuscular	Location RD LD RVL LVL	Name and Title of Vaccine Administrator	Date

This consent shall remain in effect for 90 days after the date signed.

Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): *What you need to know*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. Why get vaccinated?

Influenza vaccine can prevent influenza (flu).

Flu is a contagious disease that spreads around the United States every year, usually between October and May. Anyone can get the flu, but it is more dangerous for some people. Infants and young children, people 65 years and older, pregnant women, and people with certain health conditions or a weakened immune system are at greatest risk of flu complications.

Pneumonia, bronchitis, sinus infections, and ear infections are examples of flu-related complications. If you have a medical condition, such as heart disease, cancer, or diabetes, flu can make it worse.

Flu can cause fever and chills, sore throat, muscle aches, fatigue, cough, headache, and runny or stuffy nose. Some people may have vomiting and diarrhea, though this is more common in children than adults.

In an average year, **thousands of people in the United States die from flu**, and many more are hospitalized. Flu vaccine prevents millions of illnesses and flu-related visits to the doctor each year.

2. Influenza vaccines

CDC recommends everyone 6 months and older get vaccinated every flu season. **Children 6 months through 8 years of age** may need 2 doses during a single flu season. **Everyone else** needs only 1 dose each flu season.

It takes about 2 weeks for protection to develop after vaccination.

There are many flu viruses, and they are always changing. Each year a new flu vaccine is made to protect against the influenza viruses believed to be likely to cause disease in the upcoming flu season.

Even when the vaccine doesn't exactly match these viruses, it may still provide some protection.

Influenza vaccine **does not cause flu**.

Influenza vaccine may be given at the same time as other vaccines.

3. Talk with your health care provider

Tell your vaccination provider if the person getting the vaccine:

- Has had an **allergic reaction after a previous dose of influenza vaccine**, or has any **severe, life-threatening allergies**
- Has ever had **Guillain-Barré Syndrome** (also called "GBS")

In some cases, your health care provider may decide to postpone influenza vaccination until a future visit.

Influenza vaccine can be administered at any time during pregnancy. Women who are or will be pregnant during influenza season should receive inactivated influenza vaccine.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting influenza vaccine.

Your health care provider can give you more information.



U.S. CENTERS FOR DISEASE
CONTROL AND PREVENTION

4. Risks of a vaccine reaction

- Soreness, redness, and swelling where the shot is given, fever, muscle aches, and headache can happen after influenza vaccination.
- There may be a very small increased risk of Guillain-Barré Syndrome (GBS) after inactivated influenza vaccine (the flu shot).

Young children who get the flu shot along with pneumococcal vaccine (PCV13) and/or DTaP vaccine at the same time might be slightly more likely to have a seizure caused by fever. Tell your health care provider if a child who is getting flu vaccine has ever had a seizure.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

5. What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call **9-1-1** and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at www.vaers.hhs.gov or call **1-800-822-7967**. *VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff members do not give medical advice.*

6. The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines. Claims regarding alleged injury or death due to vaccination have a time limit for filing, which may be as short as two years. Visit the VICP website at www.hrsa.gov/vaccinecompensation or call **1-800-338-2382** to learn about the program and about filing a claim.

7. How can I learn more?

- Ask your health care provider.
- Call your local or state health department.
- Visit the website of the Food and Drug Administration (FDA) for vaccine package inserts and additional information at www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Call **1-800-232-4636** (**1-800-CDC-INFO**) or
 - Visit CDC's website at www.cdc.gov/flu.



DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): *Lo que necesita saber*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis.
Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis.

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La **vacuna contra la influenza** puede prevenir la **influenza (gripe)**.

La **gripe** es una enfermedad contagiosa que se propaga por los Estados Unidos cada año, generalmente entre octubre y mayo. Aunque cualquiera puede contraer la gripe, es más peligroso para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, personas de 65 años o más, mujeres embarazadas y las personas con ciertas enfermedades o sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe.

La neumonía, bronquitis, infecciones sinusales e infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarla.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolor muscular, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Aunque algunas personas podrían tener vómito y diarrea, esto es más frecuente en niños que en adultos.

En un año promedio, **miles de personas mueren por influenza en Estados Unidos** y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene cada año millones de casos de la enfermedad y visitas al médico relacionadas con la gripe.

2. Vacunas contra la influenza

Los CDC recomiendan que todas las personas de 6 meses o más se vacunen en cada temporada de gripe. **En niños de 6 meses a 8 años de edad**, se podrían necesitar 2 dosis durante una sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se produce una nueva vacuna contra la gripe, para proteger contra los virus de la influenza que se cree que probablemente causen enfermedad en la temporada venidera de gripe. Incluso si la vacuna no coincide exactamente con estos virus, todavía brindaría cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**
- Alguna vez ha tenido el **Guillain-Barré Syndrome** (también llamado “GBS”)

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza hasta una visita futura.

La vacuna contra la gripe se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo. Las mujeres que están o estarán embarazadas durante la temporada de influenza deben recibir la vacuna inactivada contra la influenza.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Podría haber dolor, enrojecimiento e hinchazón en el sitio de la inyección, fiebre, dolor muscular y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Es posible un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el **Guillain-Barré Syndrome** (GBS) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben juntas la vacuna contra la gripe y la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP podrían tener probabilidades levemente mayores de convulsiones causada por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si un niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido convulsiones alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **9-1-1** y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

6. Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas), es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en www.hrsa.gov/vaccinecompensation o llame al **1-800-338-2382** para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
 - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)**, o
 - Visite el sitio web de los CDC en www.cdc.gov/flu.

Spanish translation provided by Immunize.org

Vaccine Information Statement

Inactivated Influenza Vaccine

1/31/2025

42 U.S.C. § 300aa-26

Office Use Only



Influenza (inactivated or recombinant) VIS – Spanish
(1/31/2025)

**U.S. CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND
PREVENTION**