

PLEASE INITIAL THE VACCINE(S) YOU CONSENT FOR YOUR CHILD TO RECEIVE- SCAN FOR INFORMATION REGARDING EACH VACCINE



TDAP
(Tetanus, Diphtheria, Pertussis)
AGE +11

PARENTS INITIALS



MCV4
Meningococcal ACWY
AGE +11

PARENTS INITIALS



MCVB
Meningococcal B
AGE +16

PARENTS INITIALS



HPV
(Human Papillomavirus)
AGE +11

PARENTS INITIALS

PLEASE COMPLETE ALL OF THE INFORMATION BELOW – Please print using ink (Incomplete forms will not be accepted)

FIRST NAME OF STUDENT	MIDDLE INITIAL	LAST NAME OF STUDENT	SUFFIX
SEX : Male Mark with an X	DATE OF BIRTH mm/dd/yyyy	AGE	GRADE
ADDRESS		HOMEROOM TEACHER	
CITY		STATE	ZIP CODE
EMAIL		PHONE	

The current health care laws require us to bill your insurance company for the vaccine. The service is offered at no cost to you. Answers are always confidential.

MY CHILD IS ENROLLED WITH MEDICAID (VFC ELIGIBLE) (mark with an X)	MY CHILD HAS COMMERCIAL INSURANCE (NOT VFC ELIGIBLE) (mark with an X)	MEMBER ID/ POLICY NUMBER
Alabama Medicaid	BCBS / All kids	
If your insurance company isn't listed please write in here ↓ []	Aetna	INSURANCE COMPANY NAME
	CHAMPVA	
	Cigna	POLICY HOLDER'S FIRST NAME
	Tricare	
	UMR- Wausau	POLICY HOLDER'S LAST NAME
MY CHILD HAS NO INSURANCE (VFC ELIGIBLE) (mark with an X)	United Health Care	DATE OF BIRTH mm/dd/yyyy
	Viva Health Plan	

HEALTH QUESTIONS (mark with an X)	YES	NO	STUDENT RACE (mark with an X)	ETHNICITY (mark with an X)
1. Has your child ever had a life-threatening reaction(s) to the vaccines in the past?			African American/Black	Hispanic
2. Does your child have a blood disorder such as hemophilia?			White	Non-Hispanic
3. Will this be the first time your child has ever received the selected vaccine(s)?			Asian	
			Hawaiian / Pacific Islander	
			Alaskan / Native- American	
			Other	

I have read the information about the vaccine and special precautions on the Vaccine Information Sheet. I am aware that I can locate the most current Vaccine Information Statement and other information at www.immunize.org or www.cdc.gov. I have had an opportunity to ask questions regarding the vaccine and understand the risks and benefits. I request and voluntarily consent for the vaccine to be given to the person listed above of whom I am the parent or legal guardian and having legal authority to make medical decisions on their behalf. I acknowledge no guarantees have been made concerning the vaccine's success. I hereby release the school system, HNH Immunizations Inc., MaxVax LLC., Health Hero of Florida and it's affiliates, subsidiaries, affiliated schools of nursing, their directors and employees from any and all liability arising from any accident or act of omission which arises during vaccination. I understand this consent is valid for 6 months and that I will make the school aware of any health changes prior to the vaccination clinic date. I acknowledge that I am giving permission for HNH Immunizations Inc. to adjudicate and appeal claims with my insurance providers on my behalf. Clinic dates can be obtained from the school. I understand that the health-related information on this form will be used for insurance billing purposes and your privacy will be protected. I approve the use of my phone number to receive health related information. I request and voluntarily consent for the vaccine to be given and recorded in state registry for the person listed above.

PARENT/GUARDIAN WITH AUTHORITY TO AUTHORIZE VACCINATIONS SIGNATURE	DATE OF SIGNATURE mm/dd/yyyy
FIRST NAME	LAST NAME
SIGNERS DATE OF BIRTH mm/dd/yyyy	RELATIONSHIP TO CHILD

TDAP

IF YOU HAVE ANY HEALTH QUESTIONS, PLEASE CONTACT YOUR CHILD'S PEDIATRICIAN OR CALL US AT 205-609-0268 TO SPEAK TO A REPRESENTATIVE.
PLEASE SEE WWW.HEALTHHEROUSA.COM FOR MORE INFORMATION.

MCV-4



HPV

AL25 | www.healthherousa.com
HNH Immunizations Inc.
326 Prairie Street N.
Union Springs AL 36089
eris@healthherousa.com
205-609-0268



MENG-B

POR FAVOR PONGA SUS INICIALES EN LA(S) VACUNA(S) QUE USTED CONSIENTE QUE SU HIJO RECIBA- ESCANEE PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE CADA VACUNA



TDAP
(Tetanus,
Diphtheria,
Pertussis)
EDAD +11

INICIALES DE LOS PADRES



MCV4
Meningococcal
ACWY
EDAD +11

INICIALES DE LOS PADRES



MCVB
Meningococcal B
EDAD +16

INICIALES DE LOS PADRES



HPV
(Human
Papillomavirus)
EDAD +11

INICIALES DE LOS PADRES

POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN - POR FAVOR ESCRIBA CON TINTA (NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE			INICIAL MEDIA		APELLIDO DEL ESTUDIANTE			SUFFIX	
SEXO marque con X	Masculino		FECHA DE NACIMIENTO mm/dd/aaaa	EDAD	GRADO		PROFESOR		
	Femenino								
DIRECCIÓN							APELLIDO DE LA MADRE		
CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO			
EMAIL									

La legislación sanitaria vigente nos obliga a facturar la vacuna a su compañía de seguros. El servicio es gratuito. Sus respuestas son confidenciales.

MI HIJO ESTÁ INSCRITO EN MEDICAID (VFC ELIGIBLE) (marque con una X)	MI HIJO TIENE UN SEGURO COMERCIAL (VFC NO ELIGIBLE) (marque con una X)	ID MIEMBRO / NÚMERO DE PÓLIZA	
Alabama Medicaid	BCBS / All kids	COMPañÍA DE SEGUROS	
Si su compañía de seguros no está en la lista escriba aquí ↓ <input type="text"/>	Aetna	NOMBRE TITULAR DE LA PÓLIZA	
	CHAMPVA	APELLIDO TITULAR DE LA PÓLIZA	
	Cigna	FECHA DE NACIMIENTO	mm/dd/aaaa
	Tricare		
	UMR- Wausau		
MI HIJO NO TIENE SEGURO (VFC ELIGIBLE) (marque con una X)	United Health Care		
	Viva Health Plan		

OBLIGATORIO: PREGUNTAS DE SALUD (marque con una X)	SI	NO	RAZA DEL ESTUDIANTE (marque con X)	ETNIA (marque con una X)
¿Esta es la primera vez que su hijo reciba una vacuna antigripal?			Afroamericano	Hispano
			Blanco	No-Hispano
¿Ha tenido su hijo alguna reacción adversa a alguna vacuna en el pasado, incluido el síndrome de Guillain Barre?			Asiático	
			Hawaiano / Isleño	
¿Su hijo padece algún trastorno sanguíneo como hemofilia o drepanocitosis?			Alaska / Nativo americano	
			Otros	

He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales que figuran en la Hoja de información sobre la vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración Informativa sobre Vacunas más actualizada y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que se administre la vacuna a la persona arriba mencionada de la que soy padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han dado garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero al sistema escolar, HNH Immunizations Inc, MaxVax LLC, Health Hero de Florida y sus filiales, subsidiarias, escuelas de enfermería afiliadas, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso para que HNH Immunizations Inc. adjudique y apele reclamaciones con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de las clínicas se pueden obtener en la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación del seguro y se protegerá su privacidad. Apruebo el uso de mi número de teléfono para recibir información relacionada con la salud. Solicito y consiento voluntariamente que se administre la vacuna y se inscriba en el registro estatal a la persona arriba indicada.

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR CON AUTORIDAD PARA AUTORIZAR LAS VACUNAS		FECHA DE LA FIRMA	mm / dd / aaaa
NOMBRE		APELLIDO	
FECHA DE NACIMIENTO (FIRMANTE)	mm / dd / aaaa	RELACIÓN CON EL NIÑO	

TDAP

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE SALUD, POR FAVOR póngase en contacto con el pediatra de su hijo o LLÁMENOS AL 205-609-0268 PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE. CONSULTE WWW.HEALTHHEROUSA.COM PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN.

MCV-4



HPV

AL25 | www.healththerousa.com
HNH Immunizations Inc.
326 Prairie Street N.
Union Springs AL 36089
eris@healththerousa.com
205-609-0268



MENG-B