

Consentimiento de los padres para la

No se pueden realizar cambios en este formulario. Todas las preguntas deben ser rellenas para que su hijo participe.

Nombre/ubicación de la escuela: _____ Nombre del profesor/grado: _____

Apellido del estudiante	Nombre de pila	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Hombre o mujer			Español ASL otros
Círculo uno)	País del nacimiento	Estado de nacimiento	Primaria Lengua (círculo uno)
Hispana Otros no hispanos		Niño adoptivo <input type="checkbox"/>	Niño adoptado <input type="checkbox"/>
Etnicidad (círculo uno)	Apellido de soltera de la madre	¿Es el niño un niño adoptivo o adoptado?	
Carrera:(Por favor marque uno)	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo/Otros Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otros
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la compañía de seguros	Número de identificación de Directiva	Número de grupo de directivas	
Nombre y relación asegurados primarios	Fecha de nacimiento del asegurado primario	Número de teléfono del padre/guardián	

¿Ha tenido su hijo alguna vez un alérgico reacciona una vacunación, huevos, algún medicamento o componente de la vacuna?	Sí	No
Si es así, por favor Litipo de reacción St:		
¿Ha tenido su hijo alguna vacuna en las últimas 8 semanas?	Sí	No
Si es así, por favor enumere qué vacunación (es):		
¿Tiene su hijo enfermedad de células falciformes?	Sí	No
Si yes, ¿Cuándo fue su última crisis de células falciformes?	/ /	
Si es así, ¿han tenido fiebre o falta de aliento en las últimas 2 semanas?	Sí	No
¿Su hijo tiene antecedentes de cáncer, leucemia, SIDA/VIH, un trastorno del sistema muscular/nervioso, un trastorno convulsivo, síndrome de Gullain-barre o cualquier otro sistema inmune, trastorno autoinmune o cualquier otra afección crónica o a largo plazo?	Sí	No
En caso afirmativo, sírvase enumerar:		
¿Ha tenido su hijo aspirina diariamente, fármacos antivirales, drogas anticancerígenas, esteroides para el cáncer, irradioterapia iónica, ImmuNE/inmunoglobulina gamma, una transfusión de sangre o cualquier producto sanguíneo en las últimas 8 semanas?	Sí	No
En caso afirmativo, sírvase enumerar:		
* Sólo para mujeres * ¿Existe actualmente la posibilidad de que esté embarazada?	Sí	No

A continuación se muestran las vacunas que se ofrecen hoy. Por favor marque sí o no en inmunización listada para su hijo.

	Gripe	Sí	No
--	-------	----	----

Consiento y autorizo a mi hijo (a) a recibir inmunización (s) del bienestar total sin mi presencia física. Soy el padre/guardián legal de la arriba nombrado Estudiante. Entiendo que el bienestar total mantiene el derecho a declinar cualquier inmunización, al niño mencionado arriba, si presenta un riesgo de paillo involuntario de la aguja al personal o a sí mismo. He tenido la oportunidad de leer y hacer preguntas por adelantado relacionadas con los beneficios y el riesgo (s) de las vacunas ofrecidas y reconocer el entendimiento. Por favor visite el CDC para obtener las fichas de información sobre vacunas en todas las vacunas ofrecidas en <https://www.cdc.gov/vaccines/HCP/Vis/Current-vis.html>. Por la presente autorizo al niño mencionado arriba a tener todos y cada Inmunizaciones el estado de Oklahoma requiere para ingresar a la escuela y recibir las vacunas opcionales que he indicado al circular sí arriba. Total Wellness entregará estos registros al sistema de información de inmunización del estado de Oklahoma

Firma: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Staff initials below when you complete

Staff initials below when you complete

Entered In Core:	Influenza Statement of revision of VIS date 08/07/2015	Entered In OSIS:
Manufacturer: _____	Lot Number: _____	Expiration Date: _____ / _____ / _____
Intramuscular: <input type="checkbox"/>	Subcutaneous: <input type="checkbox"/>	Right arm: <input type="checkbox"/> Left arm: <input type="checkbox"/> Right thigh: <input type="checkbox"/> Left thigh: <input type="checkbox"/>
Administered by: _____ (Total Wellness Staff Signature)		

Parental Consent for Immunization

No changes may be made to this form. All questions must be filled out for your child to participate.

School Name/Location: _____ Teacher Name/Grade: _____

Student Last Name		Student First Name		Student Middle Name		Student Birthday / /	
Male or Female (Circle One)		Birth Country		Birth State		English Spanish ASL Other Primary Language (Circle One)	
Hispanic Non-Hispanic Other (Circle One)		()		Foster Child <input type="checkbox"/>		Adopted Child <input type="checkbox"/>	
Ethnicity (Circle One)		Parent/Guardian Phone Number		Is the child a foster or adopted child?			
Race: (Please Check One)		<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander		<input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Asian		<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other	
Home Address			City		State		Zip Code
Insurance Company Name			Policy ID Number		Policy Group Number		
Primary Insured Name & Relationship			Primary Insured Date of Birth / /		Mother's Maiden Name		

Has your child ever had an allergic reaction to a vaccination, eggs, any medication or vaccine component?	Yes	No
If yes, please list reaction type:		
Has your child had any vaccinations in the last 8 weeks?	Yes	No
If yes, please list which vaccination(s):		
Does your child have sickle cell disease?	Yes	No
If yes, when was their last sickle cell crisis? / /		
Does your child have a fever or shortness of breath in the last 2 weeks?	Yes	No
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?	Yes	No
If yes, please list:		
Has your 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?	Yes	No
If yes, please list:		
For Females only Is there currently a chance she is pregnant?	Yes	No

Below are the immunizations offered today. Please circle Yes or No on immunization listed for your child.		
Influenza	Yes	No
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 student. 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 any and all immunizations the State of Oklahoma requires for entry into school and to receive the optional vaccines I have indicated by circling YES above. Total Wellness will release these records to the Oklahoma State Immunization Information System		

Signature: _____ Date: _____ / /

Staff Initial Below When Complete		Staff Initial Below When Complete	
Entered In Core:	Influenza	VIS Revision Statement Date 08/07/2015	Entered In OSIS:
Manufacturer: _____		Lot Number: _____	
Expiration Date: _____ / /			
Intramuscular: <input type="checkbox"/>	Subcutaneous: <input type="checkbox"/>	Right Arm: <input type="checkbox"/>	Left Arm: <input type="checkbox"/>
Right Thigh: <input type="checkbox"/>	Left Thigh: <input type="checkbox"/>		
Administered By: _____ (Total Wellness Staff Signature)			