

## School Based Health Center

*at Hamden High School*

Dear Parents/ Guardians,

You are receiving this notice because winter is quickly approaching and it is time for your child to receive the flu vaccine. It is recommended by the American Academy of Pediatrics that all children receive the flu vaccine to prevent major illness during this flu season. We will be providing the immunizations at school. The Vaccine Information Sheet is attached.

**Please complete the form below and return to the School Health Center**

\_\_\_\_ I **give permission** for my child, \_\_\_\_\_ (name), whose

date of birth is \_\_\_\_\_ to receive the flu vaccine in the School Health Center.

\_\_\_\_ **My child has already received the vaccine.**

\_\_\_\_ Date flu vaccine was given

- 🍏 Pediatric Office
- 🍏 Clinic
- 🍏 Other \_\_\_\_\_

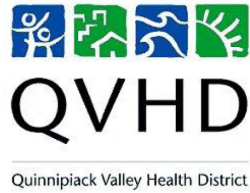
**Please answer the following questions. Circle Y for Yes, N for No**

- Y N Is your child allergic to eggs?
- Y N Has your child ever had a serious reaction to a flu shot?
- Y N Is your child sick with a fever?
- Y N Has your child ever had Guillain-Barré syndrome?
- Y N Does your child have asthma?
- Y N Did your child have a vaccine in the last month?

\_\_\_\_\_  
(Signature of parent/guardian)

\_\_\_\_\_  
(date)

\*\*Vaccine will not  
be given without  
signature\*\*



## Centro De Salud Escolar

### *Hamden High School*

Estimados Padres/Guardián,

Usted está recibiendo esta notificación porque el invierno se acerca rápidamente y es el momento para que su hijo reciba la vacuna contra la gripe. Es recomendado por la Academia Americana de Pediatría que todos los niños reciban la vacuna contra la gripe para prevenir la enfermedad durante esta temporada de gripe. Vamos a proporcionar las vacunas en la escuela.

**Por favor completa el siguiente formulario y volver al Centro de Salud Escolar**

\_\_\_\_\_ **Le doy permiso a mi hijo**, (nombre) \_\_\_\_\_, con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ ha de recibir la vacuna contra la gripe en el Centro de Salud Escolar.

\_\_\_\_\_ **Mi hijo ya ha recibido la vacuna.**

\_\_\_\_\_ Fecha vacuna contra la gripe fue dado

- Oficina pediátrica
- Clínica
- Otro \_\_\_\_\_

**Por favor conteste las siguientes preguntas. Círculo Sí para Sí, No para No**

Sí No ¿Es usted alérgico a los huevos?

Si No ¿Usted ha tenido una reacción grave a una vacuna contra la gripe?

Si No ¿Está usted enfermo con fiebre?

Sí No ¿Ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?

Si No ¿Su hijo tiene asma?

Si No ¿Su hijo tuvo una vacuna en el último mes?

\_\_\_\_\_  
**(Firma del Padre/Guardián)**

\_\_\_\_\_  
**(Fecha)**

\*\* La vacuna no se dará sin la firma \*\*