



Student Services - Health Division  
 1305 East Vine Street Lodi, CA 95240-3148  
 (209) 331-7075 or (209) 953-8075  
 FAX: (209) 331-7067

\_\_\_\_\_ Time in  
 \_\_\_\_\_ Time out  
 \_\_\_\_\_ School student attends

**Parent Consent for Tdap-Tetanus/Diphtheria/ Pertussis (WHOOPIING COUGH) Immunization**

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

The following questions will help us to determine if your child is eligible and meets the Vaccines for Children (VFC) program requirements so that they may receive the vaccine at school.

**Please circle YES or NO for each question**

- 1. My child is eligible for Medi-Cal or Child Health & Disability Prevention (CHDP) Program. YES NO
- 2. My child DOES NOT have private health insurance or receive Healthy Families Insurance. YES NO
- 3. My child is an American Indian or Alaskan Native. YES NO
- 4. My child has no health insurance. YES NO

If you answered TRUE to any of the above questions, your child is eligible for this program. Please continue and complete the rest of this form.

Students who are not eligible for the program need to see their private healthcare provider for vaccine. If you have any questions or concerns, please contact your health care provider.

- 1. Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome (a serious nervous system disorder)? YES NO
- 2. Has your child ever had a brain disease and/or seizures/convulsions? YES NO
- 3. Has your child ever had a severe reaction to any immunizations? YES NO
- 4. Does your child have any known severe allergies? YES NO

Consent for Tetanus/Diphtheria/Pertussis (Tdap) vaccine: I have been given the CDC Vaccine Information Statement for Tetanus/Diphtheria/Pertussis (Tdap) vaccine. I have read this document and have no further questions at this time. I swear by penalty of perjury that I have answered the form correctly and to the best of my knowledge. I understand the risks and benefits of the Tetanus/Diphtheria/Pertussis (Tdap) vaccine. I request and voluntarily consent that the vaccine be given to my child listed above, of whom I am the parent or legal guardian. I hold harmless the school district, school site, and the licensed healthcare professional administering the vaccine. I understand the side effects and warnings of the vaccine.

\_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

My Healthy Futures \_\_\_\_\_  
 Aeries \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nurse Initials

\_\_\_\_\_  
 Lot #/sticker

\_\_\_\_\_  
 Date

Rev 7/24



Student Services - Health Division  
 1305 East Vine Street Lodi, CA 95240-3148  
 (209) 331-7075 or (209) 953-8075  
 FAX: (209) 331-7067

\_\_\_\_\_ Time in  
 \_\_\_\_\_ Time out  
 \_\_\_\_\_ Escuela de asistencia

## Consentimiento de padres para la vacuna de Tdap-Tétano y Difteria y Tos Ferina

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas nos ayudará a determinar si su hijo/a es elegible y cumple con los requisitos del programa Vacunas Para Niños (VFC) que pueda recibir la vacuna en la escuela.

**Por favor, haga un círculo en SI o NO para cada pregunta**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Mi hijo/a es elegible para Medi-Cal o el programa Niños Saludables & Prevención Discapacidad Programa de (CHDP) | SI | NO |
| 2. Mi hijo/a <u>NO TIENE</u> seguro médico privado o seguros de Familias Saludables                                | SI | NO |
| 3. Mi hijo/a es un Indio Americano o Nativo de Alaska  | SI | NO |
| 4. Mi hijo/a no tienen Seguro medico   | SI | NO |

Si ha contestado Si a cualquiera de las preguntas anteriores, su hijo es elegible para este programa.

**Por favor, continuar y completar el resto de esta forma.**

Los estudiantes que no son elegibles para el programa necesitan ver a su médico privado para la vacuna. Si tiene alguna pregunta o duda, póngase en contacto con su medico.

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿ Ha tenido alguna vez su hijo/a síndrome de Guillain-Barre (un trastorno del sistema nervioso) ? | SI | NO |
| 2. ¿ Su hijo/a jamás ha tenido una enfermedad cerebral/o convulsiones ?                              | SI | NO |
| 3. ¿ Su hijo/a nunca tuvo una reacción severa a cualquier vacuna en el pasado ?                      | SI | NO |
| 4. ¿ Su hijo/a tiene alguna alergia grave ?  | SI | NO |

Consentimiento para la vacuna contra el Tétano y Difteria y Tos Ferina (Tdap): Me han dado la declaración de información de vacunas de CDC para vacuna contra Tétano y Difteria y Tos Ferina (Tdap). He leído este documento y no tengo más preguntas en este momento. Juro por pena de perjurio que he contestado el formulario correctamente y lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que los riesgos y beneficios de la vacuna contra el Tétano y Difteria y Tos Ferina (Tdap). Yo solicito y doy mi consentimiento voluntariamente que la vacuna se le de a mi hijo/a nombrado anteriormente, de los cuales yo soy el padre o tutor legal. Sostengo inofensivo el distrito escolar, sitio de la escuela y las profesionales con licencia que administrara la vacuna. Entiendo los efectos secundarios y advertencias de la vacuna.

\_\_\_\_\_  
 Firma de Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha

My Healthy Futures \_\_\_\_\_  
 Aeries \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nurse Initials

\_\_\_\_\_  
 Lot #/sticker

\_\_\_\_\_  
 Date

Rev 7/24