

IMMUNIZATION CONSENT & TRACKING FORM

You must be the parent or legal guardian to give consent for your child's immunizations. Please let the nurse know if you have any questions. If the person to receive vaccine is under 18 years old, please complete this box:

Are you the parent or legal guardian? Yes No

Please print your name: _____ **Relationship:** _____

Please answer the following questions for the person that is to receive immunizations:

1. Is the patient sick today? (applies to all vaccines)	Yes	No
2. Does the patient have allergies to medications, food, a vaccine component or latex? (applies to all vaccines)	Yes	No
3. Has the patient had a serious reaction to a vaccine in the past? (applies to all vaccines)	Yes	No
4. Does the patient have a long-term health problem with lung, heart, kidney or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, a blood disorder, no spleen, complement component deficiency, a cochlear implant, or a spinal fluid leak? Is he/she on long-term aspirin therapy? (applies to MMR, MMRV, VAR, LAIV)	Yes	No
5. If the child to be vaccinated is 2 through 4 years of age, has a health care provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months? (applies to LAIV)	Yes	No
6. If your patient is a baby, have you ever been told he or she has had intussusceptions? (applies to Rotavirus vaccine)	Yes	No
7. Has the patient, a sibling, or a parent had a seizure; has the patient had brain or other nervous system problems? (applies to DTaP, Td, Tdap, IIV, LAIV, MMRV)	Yes	No
8. Does the patient have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem? (applies to LAIV, MMR, MMRV, RV, VAR)	Yes	No
9. Does the patient have a parent, brother, or sister with an immune system problem? (applies to MMR, MMRV, VAR)	Yes	No
10. In the past 3 months, has the patient taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments? (applies to LAIV, MMR, MMRV, VAR, MenB)	Yes	No
11. In the past year, has the patient received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug? (applies to MMR, MMRV, VAR)	Yes	No
12. Is the patient pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month? (applies to HPV, IPV, LAIV, MMR, MMRV, VAR)	Yes	No
13. Has the patient received vaccinations in the past 4 weeks? (applies to LAIV, MMR, MMRV, VAR, Yellow Fever)	Yes	No

Statement of Consent

I have been given a written Vaccine Information Statement for each of the recommended immunizations. I have had a chance to ask questions about the immunizations and the diseases they are intended to prevent. My questions have been answered to my satisfaction. I give my consent for administration of the immunizations.

Signature of the person giving consent: _____ Date: _____

Vaccine/Test	Patient Init.	# In Series	Dose	Route	Site	Manufacturer & Lot #	Exp. Date	Date V.I.S. Pub.
Pediatric (DTaP-HepB-IPV)			0.5 mL	IM				
Pentacel (DTaP-IPV/Hib)			0.5 mL	IM				
DTaP			0.5 mL	IM				
Tdap			0.5 mL	IM				
(Dtap- IPV) Kinrix			0.5 mL	IM				
(Dtap-HepB-IPV-Hib) Vaxelis			0.5 mL	IM				
(Hep A-Hep B) Twinrix			0.5 mL	IM				
Td			0.5 mL	IM				
Zoster			0.65 mL	SC				
Hib			0.5 mL	IM				
Rotavirus			0.5 mL	Oral				
Pneumococcal			0.5 mL	IM				
IPV			0.5 mL	IM				
MCV Menquadfi			0.5 mL	IM				
Meningococcal B			0.5 mL	IM				
Hep A			0.5 mL	IM				
Hep B			0.5 mL 1 mL (adult)	IM				
HPV			0.5 mL 1 mL (adult)	IM				
MMR			0.5 mL	IM				
Varicella			0.5 mL	SC				
Shinrix			0.5 mL	IM				
Men B			0.5 mL	IM				
Influenza			0.25 mL	IM				
Influenza			0.5 mL	IM				

RSV (Beyfortus)			0.5mL adult 0.5 mL<5kg 1mL>5kg	IM				
MMRV			0.5 mL	SC				
RSV Adult (Abrysvo)			0.5 mL	IM				
Monkey Pox			0.1 mL	ID				
MA/LPN/RN Signature/Title:								Date:

PERMISO PARA IMMUNIZACION

Debe ser un padre o tutor, el que da el consentimiento para las vacunas del niño. Por favor informe a la enfermera si tiene cualquier pregunta acerca de esto. Por favor, llene la caja si la persona que va a recibir la vacuna tiene menos de 18 años:

Es usted el padre o tutor? **Si** **No**

Por favor escribe su nombre en letra de molde: **Relacion:**

Por favor, responda las siguientes preguntas, por la persona que esta recibiendo la/s vacuna/s.

14. Tiene fiebre, diarrea o vómito hoy? (aplica a todas las vacunas)	Si	No
15. Tiene alergias a medicinas, comida, componentes de vacunas o látex? (aplica a todas las vacunas)	Si	No
16. Alguna vez a tenido reacciones a vacunas? (aplica a todas las vacunas)	Si	No
17. Tiene un problema de salud de largo plazo con enfermedad pulmonar, cardíaca, renal o metabólica (por ejemplo, diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, falta de bazo, deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo? ¿Está en tratamiento con aspirina a largo plazo? (aplica a MMR, MMRV, VAR, LAIV)	Si	No
18. Si el paciente tiene entre 2 y 4 años de edad , ¿le ha dicho un proveedor de atención médica que el niño tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses? (se aplica a LAIV)	Si	No
19. Si el paciente es usted un bebé , ¿alguna vez le han dicho que ha tenido intususcepciones? (aplica a la vacuna contra rotavirus)	Si	No
20. Usted, un hermano o uno de los padres ha tenido una convulsión? ¿Ha tenido problemas cerebrales u otros problemas del sistema nervioso? (aplica a DTaP, Td, Tdap, IIV, LAIV, MMRV)	Si	No
21. Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico? (aplica a LAIV, MMR, MMRV, RV, VAR)	Si	No
22. Su padre, hermano o hermana tiene un problema del sistema inmunológico? (se aplica a MMR, MMRV, VAR)	Si	No
23. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado medicamentos que afectan el sistema inmunológico como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer? medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o recibió tratamientos de radiación? (aplica a LAIV, MMR, MMRV, VAR, MenB)	Si	No
24. En el último año, ¿recibió una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o le administraron inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral? (se aplica a MMR, MMRV, VAR)	Si	No
25. Está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? (se aplica a VPH, IPV, LAIV, MMR, MMRV, VAR)	Si	No
26. Ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas? (aplica para LAIV, MMR, MMRV, VAR, Fiebre Amarilla)	Si	No

Consentimiento de Administracion

Me han entregado una Declaración de información sobre vacunas por escrito para cada una de las vacunas recomendadas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las vacunas y las enfermedades que pretenden prevenir. M preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Doy mi consentimiento para la administración de las vacunas.

Firma de la persona que da permiso: Fecha:

Vaccine/Test	Patient Init.	# In Series	Dose	Route	Site	Manufacturer & Lot #	Exp. Date	Date V.I.S. Pub.
Pediatric (DTaP-HepB-IPV)			0.5 mL	IM				
Pentacel (DTaP-IPV/Hib)			0.5 mL	IM				
DTaP			0.5 mL	IM				
Tdap			0.5 mL	IM				
(Dtap- IPV) Kinrix			0.5 mL	IM				
(Dtap-HepB-IPV-Hib) Vaxelis			0.5 mL	IM				
(Hep A-Hep B) Twinrix			0.5 mL	IM				
Td			0.5 mL	IM				
Zoster			0.65 mL	SC				
Hib			0.5 mL	IM				
Rotavirus			0.5 mL	Oral				
Pneumococcal			0.5 mL	IM				
IPV			0.5 mL	IM				
MCV Menquadfi			0.5 mL	IM				
Meningococcal B			0.5 mL	IM				
Hep A			0.5 mL	IM				
Hep B			0.5 mL 1 mL (adult)	IM				
HPV			0.5 mL 1 mL (adult)	IM				
MMR			0.5 mL	IM				
Varicella			0.5 mL	SC				
Shinrix			0.5 mL	IM				
Men B			0.5 mL	IM				
Influenza			0.5 mL	IM				
RSV (Beyfortus)			0.5mL adult 0.5 mL<5kg 1mL>5kg	IM				

MMRV			0.5 mL	SC				
RSV Adult (Abrysvo)			0.5 mL	IM				
Monkey Pox			0.1 mL	ID				
MA/LPN/RN Signature/Title:								Date:

