

Dear Parents/Guardians,

Columbus Public Health (CPH) is excited to partner with your school to offer *Spring Teen Vaccine* clinics. School-located vaccine clinics will offer vaccines AT NO COST to eligible students. Vaccines offered will include:

Required School Vaccines:

Tdap required for 7th grade

Tdap vaccine is available to students 11 years old and older. This vaccine protects against:

- Tetanus (T) a painful stiffing of the muscles that can lead to trouble swallowing and breathing
- Diphtheria (D) which can cause problems in the heart and lungs.
- Pertussis (aP) or “whooping cough” which causes uncontrollable coughing, difficulty breathing and can be life threatening to infants and young children.

Meningococcal required for 7th and 12th grade

- One or two doses required depending on age and previous vaccination history
- Protects against dangerous bacteria infections of the brain, spine, and blood that can cause permanent disabilities like deafness, brain damage, loss of limbs, or seizures.

Recommended Vaccines:

Human Papillomavirus Vaccine (HPV)

- Recommended to students 11 years old and older, requires more than one dose for complete protection
- Protects against HPV infection and six (6) associated cancers

Influenza Vaccine (flu)

School-located vaccine clinics allow your student to receive disease preventing vaccine in the convenience of their school with limited interruption to the school day. Staying up to date on your student's vaccinations is the best way to keep them from preventable disease. For more information on vaccines recommended by age visit <https://www.cdc.gov/vaccines/parents/index.html>. For specific information on the vaccines offered at your school-located vaccine clinic visit <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>

Columbus Public Health looks forward to working with you, your school, and your student on protecting health and improving lives in our community.

A complete consent is required use the QR code or get a paper copy from the school.



COLUMBUS PUBLIC HEALTH

School-Located Vaccination Clinic Consent Form

Dear Parent or Guardian:

Columbus Public Health (CPH) will be coming to your student's school to provide Tdap, meningococcal, HPV, and flu vaccines to students. Your student can participate in this program at **NO COST TO YOU**. Please fill out this form and return to your student's school. For more information, please call the CPH Strategic Nursing Team at (614) 645-9653. *(Please complete FRONT and BACK of this form and return to your student's school).*

STUDENT INFORMATION *(Print information in ink.)*

Name: _____ Date of Birth: ____/____/____ Age: _____
 Sex: ☐ Male ☐ Female ☐ Prefer to self-describe: _____
 Address: _____ City: _____ Zip Code: _____
 School: _____ Grade: _____ Phone: _____
 Parent/Guardian Name: _____ Relationship to student: _____
 Race/Ethnicity: ☐ American Indian/Alaskan Native ☐ Asian ☐ Black or African American
 ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ White ☐ Other
 Hispanic/Latino: ☐ Yes ☐ No
 Preferred Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other

CONSENT AND SIGNATURE

I consent to let Columbus Public Health **give the following** vaccine(s) to my student:

- ☐ Tdap vaccine (required for 7th grade available to all students aged 11 and older)
- ☐ Meningococcal vaccine (required for 7th and 12th grades 1st dose at 11 years old and the 2nd dose at 16 years old)
- ☐ Human Papillomavirus (HPV) (recommended for all students to start series at age 11 and older)
- ☐ Flu vaccine (recommended for all students every year)

I understand that I can visit <https://www.immunize.org/vis/> to view the VACCINE INFORMATION SHEET (VIS) for age-appropriate immunizations for my student. My student also will be given a paper copy of the VIS, by request, to bring home when they receive their vaccines. I understand I can call the CPH Strategic Nursing Team at 614-645-9653 to ask any questions. I give consent for my student to receive vaccines in accordance with ACIP guidelines. By signing this consent, I acknowledge and assert that I am a parent or legal guardian of the student named above and I give permission for Columbus Public Health staff to treat and care for the needs of the above mentioned student. I also understand that any care received outside Columbus Public Health (e.g., referred care) will not be paid for by Columbus Public Health. Administered immunizations will be entered into the statewide immunization information system (*Ohio ImpactSIS*).

I hereby authorize CPH to exchange information with the school nurse(s). My child's records are protected and can only be accessed by authorized users with restricted access. It is my responsibility to notify the school nurse of all updates or changes to my child's health condition(s), immunization records or insurance coverage. I authorize the release of medical information necessary to process this claim for billing. I agree to pay my co-pay and any charges not covered by insurance or grants unless I sign the hardship waiver below. I understand that the Privacy Notice of Columbus Public Health is available on the internet at www.columbus.gov/HealthPrivacyPolicy.

I understand that the Privacy Notice of Columbus Public Health is available and can be mailed to me by calling 614-645-2738.

Date: ____/____/____

Parent/Guardian Name (print): _____

Signature: _____

- OR -

Student/Patient Name if 18+ (print): _____

Signature: _____

Any reference to 'my child' means 'myself' once a minor turns 18 years old.

STUDENT HEALTH HISTORY

If you answer "yes" to any question, it does not mean you should not be vaccinated. It means follow-up questions must be asked. For any questions, please call a nurse at 614-645-9653.	YES	NO
1. Is the child sick today?		
2. Does the child have allergies to medicine, food, a vaccine component, or latex?		
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?		
4. Does the child have a long-term health problem with heart, lung (including asthma), kidney, liver, nervous system, or metabolic disease (e.g., diabetes), a blood disorder, no spleen, a cochlear implant, or a spinal fluid leak? Are they taking regular aspirin or salicylate medication?		
5. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had a brain or other nervous system problem?		
6. Has the child ever been diagnosed with a heart condition (myocarditis or pericarditis) or have they had Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C) after an infection with the virus that causes COVID-19?		
7. Does the child have an immune-system problem such as cancer, leukemia, HIV/AIDS?		
8. In the past 6 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs to treat rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments?		
9. Does the child's parent or sibling have an immune system problem?		
10. In the past year, has the child received immune (gamma) globulin, blood/blood products, or an antiviral drug?		
11. Is the child/teen pregnant?		
12. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?		
13. Has the child ever felt dizzy or faint before, during, or after a shot?		
14. Is the child anxious about getting a shot?		

INSURANCE INFORMATION

Please check which insurance your student has or sign below if you don't think your child has insurance. The *Vaccines for Children (VFC) Program* provides free vaccines to children who are Medicaid-eligible, without insurance, American Indian, Alaska Native, or underinsured. Medicaid and private insurance will be billed when possible, but you will not receive a bill.

Medicaid Managed Care Plans:

☐ AmeriHealth Caritas Ohio
 ☐ Anthem BlueCross BlueShield
 ☐ buckeye health plan
 ☐ CareSource
 ☐ UnitedHealthcare Community Plan
 ☐ MOLINA HEALTHCARE
 ☐ Humana Healthy Horizons

Managed Care ID #: _____

Medicaid # (12 digits): _____

☐ **My child does not have health insurance.** I am unable to pay for health services.

Must sign here for hardship waiver: X _____

☐ **Private Insurance (other than Medicaid).** Please provide information from insurance card.

Insurance Company: _____

Subscriber ID or member #: _____ Group #: _____

Name of person under whom child is covered: _____ Birth date of insured adult: _____

Phone # on insurance card: _____

Claims address on insurance card: _____



THE CITY OF
COLUMBUS
ANDREW J. GINTHER, MAYOR

COLUMBUS
PUBLIC HEALTH

Estimados padres o tutores:

Columbus Public Health (CPH) se complace en colaborar con su escuela para ofrecer las clínicas de *vacunación de primavera para adolescentes*. Las clínicas de vacunación que se celebrarán en las escuelas ofrecerán vacunas GRATUITAS a los estudiantes que reúnan los requisitos. Se ofrecerán las siguientes vacunas:

Vacunas obligatorias para asistir a la escuela

TDPa: obligatoria para el 7.º grado

La vacuna TDPa se ofrece a los estudiantes a partir de los 11 años de edad. Esta vacuna protege contra:

- el tétanos (T), una enfermedad que causa un agarrotamiento doloroso de los músculos y que puede provocar problemas para tragar y respirar;
- la difteria (D), que puede provocar problemas cardíacos y pulmonares;
- la pertusis (Pa) o "tosferina", que provoca una tos incontrolable, dificulta la respiración y puede poner en peligro la vida de los bebés y los niños de corta edad.

Meningocócica: obligatoria para el 12.º grado

- Son necesarias una o dos dosis, en función de la edad y del historial de vacunación
- Protege contra peligrosas infecciones bacterianas del cerebro, la médula espinal y la sangre, las cuales pueden provocar discapacidades permanentes como sordera, daños cerebrales, pérdida de extremidades o convulsiones

Vacunas recomendadas

Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)

- Se recomienda para los estudiantes a partir de los 11 años de edad; se necesita más de una dosis para lograr una protección completa
- Protege contra las infecciones por el VPH y seis (6) tipos de cáncer afines

Vacuna contra la influenza (gripe)

Las clínicas de vacunación que se celebran en las escuelas permiten que su hijo/a reciba vacunas para prevenir enfermedades en la comodidad de su escuela, con una interrupción limitada de la jornada escolar. Mantenerse al día con las vacunas de su hijo/a es la mejor manera de evitar que contraiga enfermedades prevenibles. Para obtener más información sobre las vacunas recomendadas por edad, visite <https://www.cdc.gov/vaccines/parents/index.html>. Para obtener información específica sobre las vacunas que se ofrecen en la clínica de vacunación de su escuela, visite <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>

Columbus Public Health espera poder colaborar con usted, su escuela y su hijo/a para proteger la salud y mejorar la vida en nuestra comunidad.



HEALTH COMMISSIONER
Mysheika W. Roberts, MD, MPH



COLUMBUS BOARD OF HEALTH
Board President, Ex-Officio | Mayor Andrew J. Ginther

240 Parsons Avenue | Columbus, OH 43215 | T (614) 645-7417 | F (614) 645-7633 | health@columbus.gov | publichealth.columbus.gov
Contribute to our important work at cbusfdn.org/ColumbusPublicHealth.

Formulario de consentimiento para participar en la clínica de vacunación escolar

Estimado/a padre, madre o tutor:

Columbus Public Health (CPH) acudirá a la escuela de su hijo/a para administrar a los estudiantes la vacuna Tdpa, la vacuna meningocócica, la vacuna contra el VPH y la vacuna contra la influenza. Su hijo/a puede participar en este programa de forma **GRATUITA PARA USTED**. Llene el formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo/a. Para obtener más información, llame al Equipo de Enfermería Estratégica de CPH al (614) 645-9653. *(Llene el ANVERSO y el REVERSO de este formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo/a).*

DATOS DEL ESTUDIANTE *(escriba con tinta)*

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____ **Edad:** _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiero describirlo: _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Código postal:** _____

Escuela: _____ **Grado:** _____ **Teléfono:** _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____ **Parentesco con el estudiante:** _____

Raza/Origen étnico: ☐ Indígena estadounidense/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano
☐ Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro

Hispano/Latino: ☐ Sí ☐ No

Idioma que prefiere: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro

CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Doy mi consentimiento para permitir que Columbus Public Health administre la(s) siguiente(s) vacuna(s) a mi hijo/a:

- ☐ Vacuna Tdpa (obligatoria en el 7.º grado y disponible para todos los estudiantes a partir de los 11 años)
- ☐ Vacuna meningocócica (obligatoria en el 7.º y el 12.º grados, administrándose la primera dosis a los 11 años y la segunda a los 16)
- ☐ Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) (se recomienda que todos los estudiantes comiencen la serie a partir de los 11 años)
- ☐ Vacuna contra la influenza (se recomienda que todos los estudiantes la reciban cada año)

Comprendo que puedo visitar <https://www.immunize.org/vis/> para consultar la HOJA INFORMATIVA SOBRE LAS VACUNAS (VIS, por sus siglas en inglés) acerca de las que corresponden para la edad de mi hijo/a. Si la solicita, mi hijo/a también recibirá una copia impresa de la VIS para llevar a casa cuando reciba las vacunas. Comprendo que puedo llamar al Equipo de Enfermería Estratégica de CPH, al 614-645-9653, para hacer cualquier pregunta. Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba las vacunas de acuerdo con las directrices del Comité Consultivo sobre las Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés). Al firmar este consentimiento, reconozco y afirmo que soy el padre, la madre o el tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, y doy mi permiso para que el personal de Columbus Public Health trate y atienda sus necesidades. También comprendo que Columbus Public Health no pagará por la atención que se reciba fuera de su sistema (p. ej.: tratamiento recibido por remisión). Las vacunas que se administren se registrarán en el sistema estatal de información sobre vacunas (*Ohio ImpactSIS*).

Por la presente, autorizo a CPH a intercambiar información con el personal de enfermería de la escuela. El expediente de mi hijo/a está protegido y solo pueden acceder a él usuarios autorizados, con un acceso restringido. Es mi responsabilidad notificar a la enfermera de la escuela de todo cambio o novedad en la situación médica de mi hijo/a, su cartilla de vacunación o la cobertura de su seguro médico. Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para tramitar el pago de esta reclamación. Me comprometo a pagar el copago y cualquier cargo no cubierto por el seguro o por un subsidio, a menos que firme la exención por dificultades económicas a continuación. Comprendo que el Aviso sobre las Normas de Privacidad de Columbus Public Health está disponible en Internet, en www.columbus.gov/HealthPrivacyPolicy.

Comprendo que el Aviso sobre las Normas de Privacidad de Columbus Public Health está disponible y puedo recibirlo por correo postal llamando al 614-645-2738.

Fecha: ____/____/____

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta): _____ **Firma:** _____

- O BIEN -

Nombre del estudiante/paciente, si es mayor de 18 años (en letra de imprenta): _____

Firma: _____

Toda referencia a 'mi hijo/a' se refiere 'a mí mismo' una vez que el menor de edad cumple 18 años de edad.

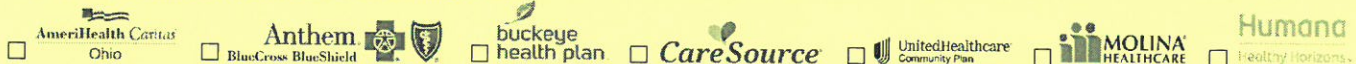


HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

Si se responde afirmativamente a alguna pregunta, no significa que no deba vacunarse; simplemente significa que deben hacerse preguntas adicionales. Si tiene alguna pregunta, llame al personal de enfermería al 614-645-9653.	SI	NO
1. ¿Está el menor enfermo hoy?		
2. ¿Es el menor alérgico a algún medicamento, alimento, ingrediente de una vacuna o al látex?		
3. ¿Ha tenido el menor una reacción grave a alguna vacuna en el pasado?		
4. ¿Padece el menor alguna enfermedad cardíaca, pulmonar (incluida asma), renal, hepática, del sistema nervioso o metabólica (p. ej., diabetes), una hemopatía, asplenia o un derrame de líquido cefalorraquídeo, o tiene un implante coclear? ¿Toma aspirina o medicamentos con salicilatos de forma habitual?		
5. ¿Ha padecido el menor, alguno de sus hermanos o alguno de sus padres un trastorno cerebral o del sistema nervioso?		
6. ¿Se le ha diagnosticado al menor alguna afección cardíaca (miocarditis o pericarditis) o ha padecido el síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C) después de una infección por el virus que causa la COVID-19?		
7. ¿Padece el menor algún trastorno del sistema inmunitario, como cáncer, leucemia o VIH/sida?		
8. En los últimos 6 meses, ¿ha tomado el menor algún medicamento que afecte al sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides o fármacos oncológicos; medicamentos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o ha recibido tratamiento radiológico?		
9. ¿Padece alguno de los padres o de los hermanos un trastorno del sistema inmunitario?		
10. En el último año, ¿ha recibido el menor inmunoglobulina (gamma), una transfusión de sangre o hemoderivados, o un fármaco antivirico?		
11. ¿Está la menor embarazada?		
12. ¿Ha recibo el menor alguna vacuna en las últimas 4 semanas?		
13. ¿Se ha sentido alguna vez el menor mareado, o se ha desmayado, al administrarle una vacuna o después de recibirla?		
14. ¿Se siente el menor nervioso acerca de recibir una vacuna?		

DATOS DEL SEGURO

Verifique qué compañía aseguradora cubre a su hijo/a o firme a continuación si cree que su hijo/a no tiene seguro. El *Programa de Vacunas Infantiles (VFC, por sus siglas en inglés)* ofrece vacunas gratuitas a los menores que reúnen los requisitos de Medicaid, que no tienen seguro, que son indígenas estadounidenses o nativos de Alaska, o que tienen un seguro insuficiente. Cuando sea posible, se facturará a Medicaid y a las compañías aseguradoras privadas, pero usted no recibirá una factura.

Planes de atención administrada de Medicaid:

Núm. del plan de atención administrada: _____

Núm. de Medicaid (12 dígitos): _____

☐ **Mi hijo/a no tiene seguro médico.** No puedo pagar los servicios médicos.

Debe firmar aquí para solicitar una exención por dificultades económicas: X _____

☐ **Seguro privado (otro aparte de Medicaid).** Facilite los datos de su tarjeta del seguro.

Compañía aseguradora: _____

Núm. de suscriptor o de miembro: _____

Núm. de grupo: _____

Nombre del titular del seguro que cubre al menor: _____

Fecha de nacimiento del adulto asegurado: _____

Núm. de teléfono de la tarjeta del seguro: _____

Dirección para reclamaciones de la tarjeta del seguro: _____

Prezados Pais/Responsáveis,

A Columbus Public Health (CPH) em parceria com a escola tem a satisfação de oferecer clínicas de *Vacinação Adolescente na Primavera*. As clínicas de vacinação localizadas nas escolas oferecerão vacinas SEM CUSTO para os alunos elegíveis. As vacinas oferecidas serão:

Vacinas Requeridas pela Escola

Tdap requerida para o 7º ano

A vacina Tdap está disponível para estudantes a partir dos 11 anos. Esta vacina protege contra:

- O Tétano (T), um enrijecimento doloroso dos músculos que pode levar à dificuldade para engolir e respirar
- Difteria (D), que pode causar problemas no coração e pulmão.
- Coqueluche acelular (aP) ou "tosse convulsa", que causa tosse incontrolável, dificuldade para respirar e pode ser uma ameaça à vida de bebês e crianças pequenas.

Meningocócica requerida para 12º ano

- Uma ou duas doses requeridas dependendo da idade e do histórico de vacinação prévio
- Protege contra perigosas infecções bacterianas que afetam o cérebro, a medula espinhal e o sangue e que podem causar sequelas permanentes, como surdez, danos cerebrais, perda de membros ou convulsões

Vacinas Recomendadas

Vacina contra o Papilomavírus Humano (HPV)

- Recomendada para alunos com 11 anos ou mais, requer mais de uma dose para proteção completa
- Protege da infecção pelo HPV e seis (6) tipos de câncer associados a ele

Vacina contra Influenza (gripe)

As clínicas de vacinação localizadas na escola permitirão ao estudante receber vacinas para a prevenção de doenças na própria escola com uma interrupção mínima do dia escolar. Estar em dia com as vacinas é a melhor maneira de se proteger de doenças evitáveis. Para mais informações sobre as vacinas recomendadas para cada idade, visite <https://www.cdc.gov/vaccines/parents/index.html>. Para informações específicas sobre vacinas oferecidas na sua clínica de vacinação escolar, visite <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>

A Columbus Public Health espera trabalhar com você, a escola e o estudante protegendo a saúde e melhorando vidas na nossa comunidade.



Formulário de Consentimento para Clínica de Vacinação na Escola**Caro/a Pai/Mãe ou Tutor(a):**

A Columbus Public Health (CPH) irá à escola da sua criança para administrar aos estudantes as vacinas da gripe, DTaP, meningocócica e do HPV. A sua criança pode participar deste programa **SEM CUSTO ALGUM PARA VOCÊ**. Por favor, preencha este formulário e devolva à escola da sua criança. Para mais informações, por favor, ligue para a Equipe de Enfermagem Estratégica da CPH no (614) 645-9653. *(Por favor, preencha FRENTE e VERSO deste formulário e entregue à escola do estudante).*

INFORMAÇÃO DO ESTUDANTE *(Preencha com caneta)*

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Prefiro me autodescrever: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Código Postal: _____

Escola: _____ Ano: _____ Telefone: _____

Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável: _____ Relação com o estudante: _____

Raça/Etnia: ☐ Indígena Americana/Nativa do Alasca ☐ Asiática ☐ Negra ou Afro-americana
☐ Nativa do Havai/das Ilhas do Pacífico ☐ Branca ☐ Outra

Hispanica/Latina: ☐ Sim ☐ Não

Idioma de Preferência: ☐ Inglês ☐ Espanhol ☐ Outro

CONSENTIMENTO E ASSINATURA

Consinto que a Columbus Public Health administre a(s) seguinte(s) vacina(s) ao estudante:

- ☐ Vacina DTaP (requerida no 7º ano, disponível para todos os estudantes a partir dos 11 anos)
- ☐ Vacina meningocócica (requerida nos 7º e o 12º anos, com a primeira dose aos 11 anos e a segunda aos 16)
- ☐ Papilomavírus Humano (HPV) (recomendado para todos os estudantes a partir dos 11 anos)
- ☐ Vacina da Gripe (recomendada para todos os estudantes, todos os anos)

Eu compreendo que posso visitar o site <https://www.immunize.org/vis/> para ver na FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE A VACINA (VIS, Vaccine Information Sheet) a informação sobre as imunizações que correspondem a cada idade. Uma cópia impressa da Ficha de Informações sobre a Vacina será dada ao estudante para levar para casa, caso solicitado, ao receber as vacinas. Eu compreendo que, se tiver qualquer dúvida, posso ligar para a Equipe de Enfermagem Estratégica da CPH no número 614-645-9653. Consinto que o estudante receba as vacinas de acordo com as diretrizes do Comitê Consultivo em Práticas de Imunização (ACIP). Ao assinar este consentimento, reconheço e afirmo que sou pai/mãe ou tutor(a) legal do mencionado estudante e autorizo a equipe da Columbus Public Health a tratar e atender as necessidades do estudante supramencionado. Também compreendo que quaisquer cuidados recebidos fora da Columbus Public Health (por ex., encaminhamento médico) não serão pagos pela Columbus Public Health. As imunizações administradas serão inseridas no sistema estadual de informação de imunização (*Ohio ImpactSIS*).

Autorizo a CPH a compartilhar informações com o pessoal da enfermaria da escola. Os registros da minha criança são protegidos e só podem ser acessados por usuários autorizados com acesso restrito. É minha responsabilidade notificar a enfermaria escolar sobre atualizações e mudanças no estado de saúde da minha criança, nos registros de imunização ou na cobertura de seguro-saúde.

Autorizo a liberação das informações médicas necessárias para processar o pedido de cobrança. Concordo em pagar minha parte e qualquer obrigação não coberta pelo seguro ou subsídios, a menos que eu assine o termo de isenção por dificuldades abaixo.

Compreendo que o Aviso de Privacidade da Columbus Public Health está disponível na Internet no endereço www.columbus.gov/HealthPrivacyPolicy.

Compreendo que a Política de Privacidade da Columbus Public Health está disponível e que pode ser enviada pelo correio, telefonando para o 614-645-2738.

Data: ____/____/____

Pai/Mãe/Responsável (letra de forma): _____ Assinatura: _____

- OU -

Nome do Estudante/Paciente se maior de 18 anos (letra de forma): _____

Assinatura: _____

Qualquer referência a 'minha criança' significa 'eu', quando completar os 18 anos.

HISTÓRICO DE SAÚDE DO ESTUDANTE

Se a resposta a qualquer pergunta for "sim", isso não significa que você não deva ser vacinado. Significa que devem ser feitas perguntas complementares. Para qualquer dúvida, telefone para um enfermeiro no 614-645-9653.	SIM	NÃO
1. A criança está doente hoje?		
2. A criança tem alergias a medicamentos, alimentos, componentes de vacina ou látex?		
3. A criança teve algum episódio grave de reação a vacinas no passado?		
4. A criança tem algum problema de saúde crônico no coração, pulmão (incluindo asma), rins, fígado, sistema nervoso ou doença metabólica (por exemplo, diabetes), doença no sangue, falta de baço, um implante coclear ou vazamento de líquido espinhal? Está tomando regularmente aspirina ou medicamentos salicilatos?		
5. A criança, um irmão ou um dos pais já teve convulsões? A criança já teve algum problema cerebral ou do sistema nervoso?		
6. A criança já foi diagnosticada com uma condição cardíaca (miocardite ou pericardite) ou teve Síndrome Inflamatória Multissistêmica (MIS-C) após uma infecção com o vírus que causa a COVID-19?		
7. A criança tem algum problema no sistema imunológico, como câncer, leucemia, HIV/AIDS?		
8. Nos últimos 6 meses, a criança tomou medicamentos que afetam o sistema imunológico, como prednisona, outros esteróides ou medicamentos anticancerígenos; medicamentos para tratar artrite reumatóide, doença de Crohn ou psoríase; ou passou por tratamentos de radioterapia?		
9. Os pais ou irmãos da criança tem algum problema no sistema imunológico?		
10. No último ano, a criança recebeu imunoglobulina (gama), sangue/produtos sanguíneos ou algum medicamento antiviral?		
11. A criança/adolescente está grávida?		
12. A criança foi vacinada nas últimas 4 semanas?		
13. A criança já sentiu tontura ou desmaiou antes, durante ou depois de uma injeção?		
14. A criança fica ansiosa por causa de injeção?		

INFORMAÇÃO DO SEGURO-SAÚDE

Por favor, indique o seguro do estudante ou assine abaixo se acha que sua criança não tem seguro-saúde. O *Programa Vaccines for Children (VFC)* fornece vacinas gratuitas a crianças com direito ao Medicaid, sem seguro, de origem Indígena Americana, Nativos do Alasca, ou com seguro insuficiente. O Medicaid e o seguro privado serão faturados quando for possível, mas você não receberá a faturados quando for possível, mas .

Planos de Saúde Administrados pelo Medicaid:

☐ AmeriHealth Caritas Ohio
 ☐ Anthem BlueCross BlueShield
 ☐ buckeye health plan
 ☐ CareSource
 ☐ UnitedHealthcare Community Plan
 ☐ MOLINA HEALTHCARE
 ☐ Humana Healthy Horizons

No. de Identificação do Plano de Saúde: _____

No. Medicaid (12 dígitos): _____

☐ **Minha criança não tem seguro-saúde.** Eu não posso pagar por serviços de saúde.

Assine aqui para solicitar isenção por dificuldade: X _____

☐ **Seguro Privado (diferente do Medicaid).** Por favor, forneça informação do cartão do seguro.

Seguradora: _____

No. de Identificação do segurado ou membro: _____

No. do Grupo: _____

Nome do titular do seguro que cobre a criança: _____

Data de nascimento do adulto segurado: _____

Número de telefone no cartão do seguro-saúde: _____

Endereço no cartão do seguro: _____

عزيزنا/عزيزتنا ولي الأمر أو الوالد/الوالدة

مكتب Columbus Public Health (CPH) متحمس للمشاركة مع مدرستك لتقديم عيادات لقاح الربيع الخاصة بالمرافقين. ستقدم عيادات اللقاحات الموجودة في المدارس اللقاحات للطلاب المؤهلين دون أي تكلفة. ستشمل اللقاحات المقدمة ما يلي:

اللقاحات المدرسية المطلوبة

لقاح Tdap المطلوب للصف السابع

لقاح Tdap متاح للطلاب الذين تبلغ أعمارهم 11 عاما فما فوق. يحمي هذا اللقاح من:

- الكزاز (T) ما يسبب تصلب مؤلم للعضلات يمكن أن يؤدي إلى صعوبة في البلع والتنفس
- الدفتيريا (D) والتي يمكن أن تسبب مشاكل في القلب والرتتين.
- السعال الديكي (aP) والذي يسبب سعالا لا يمكن السيطرة عليه وصعوبة في التنفس ويمكن أن يهدد الحياة للرضع والأطفال الصغار.

لقاح المكورات السحائية المطلوب للصف الثاني عشر

- جرعة أو جرعتين مطلوبة اعتمادا على العمر وتاريخ التطعيم السابق
- يحمي من عدوى البكتيريا الخطيرة في الدماغ والعمود الفقري والدم التي يمكن أن تسبب إعاقات دائمة مثل الصمم أو تلف الدماغ أو فقدان الأطراف أو النوبات

اللقاحات الموصى بها

لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV, Human Papillomavirus Vaccine)

- يوصى به للطلاب الذين يبلغون من العمر 11 عاما فما فوق، ويتطلب أكثر من جرعة واحدة للحماية الكاملة
- يحمي من عدوى فيروس الورم الحليمي البشري وستة (6) أنواع من السرطان المرتبطة به

لقاح الأنفلونزا

تسمح عيادات اللقاحات الموجودة في المدارس لطالبك بتلقي لقاحات الوقاية من الأمراض في راحة مدرسته مع انقطاع محدود لليوم الدراسي. من الأفضل لطالبك أن يتلقى جميع اللقاحات الموصى بها لوقايته من الأمراض التي يمكن الوقاية منها. لمزيد من المعلومات حول اللقاحات الموصى بها حسب العمر، قم بزيارة <https://www.cdc.gov/vaccines/parents/index.html> للحصول على معلومات محددة حول اللقاحات المقدمة في عيادة اللقاحات الموجودة في مدرستك، قم بزيارة <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>

يتطلع مكتب قطاع الصحة العامة بمدينة كولومبس إلى العمل معك ومع مدرستك ومع طالبك على حماية الصحة وتحسين الحياة في مجتمعنا.



COLUMBUS PUBLIC HEALTH

School-Located Vaccination Clinic Consent Form

Dear Parent or Guardian:

Columbus Public Health (CPH) will be coming to your student's school to provide Tdap, meningococcal, HPV, and flu vaccines to students. Your student can participate in this program at **NO COST TO YOU**. Please fill out this form and return to your student's school. For more information, please call the CPH Strategic Nursing Team at (614) 645-9653. *(Please complete FRONT and BACK of this form and return to your student's school).*

STUDENT INFORMATION *(Print information in ink.)*

Name: _____ **Date of Birth:** ____/____/____ **Age:** _____

Sex: ☐ Male ☐ Female ☐ Prefer to self-describe: _____

Address: _____ **City:** _____ **Zip Code:** _____

School: _____ **Grade:** _____ **Phone:** _____

Parent/Guardian Name: _____ **Relationship to student:** _____

Race/Ethnicity: ☐ American Indian/Alaskan Native ☐ Asian ☐ Black or African American
☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ White ☐ Other

Hispanic/Latino: ☐ Yes ☐ No

Preferred Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other

CONSENT AND SIGNATURE

I consent to let Columbus Public Health **give the following** vaccine(s) to my student:

- ☐ Tdap vaccine (required for 7th grade available to all students aged 11 and older)
- ☐ Meningococcal vaccine (required for 7th and 12th grades 1st dose at 11 years old and the 2nd dose at 16 years old)
- ☐ Human Papillomavirus (HPV) (recommended for all students to start series at age 11 and older)
- ☐ Flu vaccine (recommended for all students every year)

I understand that I can visit <https://www.immunize.org/vis/> to view the VACCINE INFORMATION SHEET (VIS) for age-appropriate immunizations for my student. My student also will be given a paper copy of the VIS, by request, to bring home when they receive their vaccines. I understand I can call the CPH Strategic Nursing Team at 614-645-9653 to ask any questions. I give consent for my student to receive vaccines in accordance with ACIP guidelines. By signing this consent, I acknowledge and assert that I am a parent or legal guardian of the student named above and I give permission for Columbus Public Health staff to treat and care for the needs of the above mentioned student. I also understand that any care received outside Columbus Public Health (e.g., referred care) will not be paid for by Columbus Public Health. Administered immunizations will be entered into the statewide immunization information system (*Ohio ImpactSIS*).

I hereby authorize CPH to exchange information with the school nurse(s). My child's records are protected and can only be accessed by authorized users with restricted access. It is my responsibility to notify the school nurse of all updates or changes to my child's health condition(s), immunization records or insurance coverage. I authorize the release of medical information necessary to process this claim for billing. I agree to pay my co-pay and any charges not covered by insurance or grants unless I sign the hardship waiver below. I understand that the Privacy Notice of Columbus Public Health is available on the internet at www.columbus.gov/HealthPrivacyPolicy.

I understand that the Privacy Notice of Columbus Public Health is available and can be mailed to me by calling 614-645-2738.

Date: ____/____/____

Parent/Guardian Name (print): _____ **Signature:** _____

- OR -

Student/Patient Name if 18+ (print): _____ **Signature:** _____

Any reference to 'my child' means 'myself' once a minor turns 18 years old.

STUDENT HEALTH HISTORY

If you answer "yes" to any question, it does not mean you should not be vaccinated. It means follow-up questions must be asked. For any questions, please call a nurse at 614-645-9653.	YES	NO
1. Is the child sick today?		
2. Does the child have allergies to medicine, food, a vaccine component, or latex?		
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?		
4. Does the child have a long-term health problem with heart, lung (including asthma), kidney, liver, nervous system, or metabolic disease (e.g., diabetes), a blood disorder, no spleen, a cochlear implant, or a spinal fluid leak? Are they taking regular aspirin or salicylate medication?		
5. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had a brain or other nervous system problem?		
6. Has the child ever been diagnosed with a heart condition (myocarditis or pericarditis) or have they had Multisystem Inflammatory Syndrome (MIS-C) after an infection with the virus that causes COVID-19?		
7. Does the child have an immune-system problem such as cancer, leukemia, HIV/AIDS?		
8. In the past 6 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs to treat rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments?		
9. Does the child's parent or sibling have an immune system problem?		
10. In the past year, has the child received immune (gamma) globulin, blood/blood products, or an antiviral drug?		
11. Is the child/teen pregnant?		
12. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?		
13. Has the child ever felt dizzy or faint before, during, or after a shot?		
14. Is the child anxious about getting a shot?		

INSURANCE INFORMATION

Please check which insurance your student has or sign below if you don't think your child has insurance. The *Vaccines for Children (VFC) Program* provides free vaccines to children who are Medicaid-eligible, without insurance, American Indian, Alaska Native, or underinsured. Medicaid and private insurance will be billed when possible, but you will not receive a bill.

Medicaid Managed Care Plans:

☐ AmeriHealth Caritas Ohio
 ☐ Anthem BlueCross BlueShield
 ☐ buckeye health plan
 ☐ CareSource
 ☐ UnitedHealthcare Community Plan
 ☐ MOLINA HEALTHCARE
 ☐ Humana Healthy Horizons

Managed Care ID #: _____

Medicaid # (12 digits): _____

☐ **My child does not have health insurance.** I am unable to pay for health services.

Must sign here for hardship waiver: X _____

☐ **Private Insurance (other than Medicaid).** Please provide information from insurance card.

Insurance Company: _____

Subscriber ID or member #: _____ Group #: _____

Name of person under whom child is covered: _____ Birth date of insured adult: _____

Phone # on insurance card: _____

Claims address on insurance card: _____