



**Please Return Parent Consent
form by
Friday 9-26**

Dear Parent or Guardian,

Working with the West York Area School District, Health Hero PA is excited to kick off our 2025 School located influenza vaccination clinics. Flu is among the top vaccine-preventable illnesses. Per the CDC, 25 to 50 million cases are reported each year in the United States. They lead to hundreds of thousands of hospitalizations and tens of thousands of deaths! Schools are virus incubators, and school children are efficient virus spreaders – they have the highest rates of infection.

Our Health Hero program is a voluntary flu vaccination at school program that prevents the disease and reduces student absenteeism. The program has been safely immunizing children for years. This school year, an estimated half a million-school children will be immunized via this program.

To help you keep your child well, Health Hero will be providing trivalent Injectable flu vaccinations on **Thursday October 2nd** at the West York Area School District. Please consider having your child vaccinated, help them become a Health Hero and help us stop the spread of the flu in your school and homes.

- Our clinics are safe: a doctor oversees the program and only licensed professionals give the immunizations.
- Our clinics have no out of pocket costs: We immunize every healthy child that returns a completed consent form signed by their parent or guardian.

To take part in the Health Hero Program, please completely fill out, sign and return the attached consent form to the school. Once your student is vaccinated, they will receive immunization paperwork for your records.

If you have any questions we encourage you to visit the CDC website at www.cdc.gov/flu, Health Hero at www.HealthHeroUSA.com or contact us at PA@HealthHeroUSA.com.

Sincerely,

The Health Hero Team

Health Hero PA, LLC
PA@HealthHeroUSA.com
484-667-3382



Por favor devuelva el formulario de consentimiento de los padres antes el viernes 9-26

Estimados padres o tutores,

Trabajando con el Distrito Escolar del Área de West York, Health Hero PA se complace en iniciar nuestras clínicas de vacunación contra la influenza ubicadas en la escuela para 2025. La gripe es una de las principales enfermedades prevenibles por vacunación. Según los CDC, cada año se reportan entre 25 y 50 millones de casos en los Estados Unidos. ¡Conducen a cientos de miles de hospitalizaciones y decenas de miles de muertes! Las escuelas son incubadoras de virus, y los niños en edad escolar son eficientes propagadores de virus: tienen las tasas más altas de infección.

Nuestro programa Health Hero es un programa voluntario de vacunación contra la gripe en la escuela que previene la enfermedad y reduce el ausentismo de los estudiantes. El programa ha estado vacunando a los niños de manera segura durante años. Este año escolar, se estima que medio millón de niños en edad escolar serán vacunados a través de este programa.

Para ayudarlo a mantener a su hijo sano, Health Hero proporcionará **vacunas inyectables trivalente contra la gripe** **jueves 2 el octubre** en el Distrito Escolar del Área de West York. Considere vacunar a su hijo, ayúdelo a convertirse en un héroe de la salud y ayúdenos a detener la propagación de la gripe en su escuela y hogares.

- Nuestras clínicas son seguras: un médico supervisa el programa y solo profesionales con licencia administran las vacunas.
- Nuestras clínicas no tienen costos de bolsillo: inmunizamos a todos los niños sanos que devuelven un formulario de consentimiento completo firmado por sus padres o tutores.

Para participar en el Programa de Héroes de la Salud, complete completamente, firme y devuelva el formulario de consentimiento adjunto a la escuela. Una vez que su estudiante esté vacunado, recibirá la documentación de vacunación para sus registros.

Si tiene alguna pregunta, le recomendamos que visite el sitio web de los CDC en www.cdc.gov/flu, Health Hero en www.HealthHeroUSA.com o que se comunique con nosotros en PA@HealthHeroUSA.com.

Sinceramente

El equipo de héroes de la salud

Health Hero PA, LLC
PA@HealthHeroUSA.com
484-667-3382



School Name: _____

PLEASE COMPLETE ALL OF THE INFORMATION BELOW – Please print using ink (Incomplete forms will not be accepted)

FIRST NAME OF STUDENT		MIDDLE INITIAL		LAST NAME OF STUDENT		SUFFIX	
SEX (Mark with an X):	Male →	Female →	DATE OF BIRTH	m m / d d / y y y y		AGE	GRADE
ADDRESS						MOTHER'S MAIDEN NAME	
CITY			ZIP CODE			HOMEROOM TEACHER	
EMAIL					PHONE		

The current health care laws require us to bill your insurance company for the vaccine. The service is offered at no cost to you. Answers are always confidential.

MY CHILD IS ENROLLED WITH MEDICAID (VFC ELIGIBLE) (mark with an X)		MY CHILD HAS COMMERCIAL INSURANCE (NOT VFC ELIGIBLE) (mark with an X)		INSURANCE COMPANY NAME	
Aetna Better Health		Highmark		MEMBER ID	
Amerihealth Caritas		Independence/Independence Administrators		POLICY / BENEFITS NUMBER	
Highmark Wholecare		Capital Blue		POLICY HOLDER'S FIRST NAME	
Geisinger		Aetna		POLICY HOLDER'S LAST NAME	
Health Partners		UPMC		DATE OF BIRTH	
Keystone First		United Healthcare		m m / d d / y y y y	
United Healthcare Community		Trustmark			
UPMC Medicaid		Cigna			
MY CHILD HAS NO INSURANCE (VFC ELIGIBLE) (mark with an X)		Meritain			
		Tricare			
		UMR			

HEALTH QUESTIONS (mark with an X)	YES	NO	STUDENT RACE (mark with an X)	ETHNICITY (mark with an X)
Will this be the first time your child has received a flu vaccine?			African American/Black	Hispanic
			White	Non-Hispanic
Has your child ever had an adverse reaction to any vaccine in the past including Guillain Barre syndrome?			Asian	
			Hawaiian / Pacific Islander	
Does your child have a blood disorder such as hemophilia or sickle cell?			Alaskan / Native- American	
			Other	

I have read the information about the vaccine and special precautions on the Vaccine Information Sheet. I am aware that I can locate the most current Vaccine Information Statement and other information at www.immunize.org or www.cdc.gov. I have had an opportunity to ask questions regarding the vaccine and understand the risks and benefits. I request and voluntarily consent for the vaccine to be given to the person listed above of whom I am the parent or legal guardian and having legal authority to make medical decisions on their behalf. I acknowledge no guarantees have been made concerning the vaccine's success. I hereby release the school system, HNH Immunizations Inc., MaxVax LLC., Health Hero and it's affiliates, subsidiaries, affiliated schools of nursing, their directors and employees from any and all liability arising from any accident or act of omission which arises during vaccination. I understand this consent is valid for 6 months and that I will make the school aware of any health changes prior to the vaccination clinic date. I acknowledge that I am giving permission for HNH Immunizations Inc. to adjudicate and appeal claims with my insurance providers on my behalf. Clinic dates can be obtained from the school. I understand that the health-related information on this form will be used for insurance billing purposes and your privacy will be protected. I approve the use of my phone number to receive health related information. I request and voluntarily consent for the vaccine to be given and recorded in state registry for the person listed above.

PARENT/GUARDIAN WITH AUTHORITY TO AUTHORIZE VACCINATIONS SIGNATURE		DATE OF SIGNATURE	
m m / d d / y y y y			
FIRST NAME		LAST NAME	
SIGNERS DATE OF BIRTH	m m / d d / y y y y	RELATIONSHIP TO CHILD	

IF YOU HAVE ANY HEALTH QUESTIONS, PLEASE CONTACT YOUR CHILD'S PEDIATRICIAN OR CALL US AT 205-609-0268 TO SPEAK TO A REPRESENTATIVE.
PLEASE SEE WWW.HEALTHHEROUSA.COM FOR MORE INFORMATION.

LEFT ARM



PA25 | www.healthherousa.com
Health Hero USA
Pennsylvania, Inc.
2901 Dutton Mill Rd
Aston, PA 19014
484-667-3382
pa@healthherousa.com

RIGHT ARM



Nombre de la Escuela _____

POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN - POR FAVOR ESCRIBA CON TINTA (NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS)											
NOMBRE DEL ESTUDIANTE				INICIAL MEDIA		APELLIDO DEL ESTUDIANTE				SUFFIX	
SEXO (marque con una X)		Hombre →		Mujer →		FECHA DE NACIMIENTO		m m / d d / a a a a		EDAD	GRADO
DIRECCIÓN								APELLIDO DE LA MADRE			
CIUDAD					CÓDIGO POSTAL				PROFESOR		
EMAIL								TELÉFONO			

La legislación sanitaria vigente nos obliga a facturar la vacuna a su compañía de seguros. El servicio es gratuito. Sus respuestas son confidenciales.

MI HIJO ESTÁ INSCRITO EN MEDICAID (VFC ELIGIBLE) (marque con una X)		MI HIJO TIENE UN SEGURO COMERCIAL (VFC NO ELIGIBLE) (marque con una X)		COMPAÑÍA DE SEGUROS	
Aetna Better Health		Highmark			
Amerihealth Caritas		Independence/Independence Administrators		ID MIEMBRO	
Highmark Wholecare		Capital Blue			
Geisinger		Aetna		NÚMERO DE PÓLIZA	
Health Partners		UPMC			
Keystone First		United Healthcare		NOMBRE TITULAR DE LA PÓLIZA	
United Healthcare Community		Trustmark			
UPMC Medicaid		Cigna		APELLIDO TITULAR DE LA PÓLIZA	
MI HIJO NO TIENE SEGURO (VFC ELIGIBLE) (marque con una X)		Meritain			
		Tricare			
		UMR		FECHA DE NACIMIENTO m m / d d / a a a a	

PREGUNTAS DE SALUD (marque con una X)	SI	NO	RAZA DEL ESTUDIANTE (marque con una X)	ETNIA (marque con una X)
¿Esta es la primera vez que su hijo reciba una vacuna antigripal?			Afroamericano	Hispano
			Blanco	No-Hispano
¿Ha tenido su hijo alguna reacción adversa a alguna vacuna en el pasado, incluido el síndrome de Guillain Barre?			Asiático	
			Hawaiano / Isleño	
¿Su hijo padece algún trastorno sanguíneo como hemofilia o drepanocitosis?			Alaska / Nativo americano	
			Otros	

He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales que figuran en la Hoja de información sobre la vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración Informativa sobre Vacunas más actualizada y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que se administre la vacuna a la persona arriba mencionada de la que soy padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han dado garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero al sistema escolar, HNH Immunizations Inc, MaxVax LLC, Health Hero y sus filiales, subsidiarias, escuelas de enfermería afiliadas, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso para que HNH Immunizations Inc. adjudique y apele reclamaciones con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de las clínicas se pueden obtener en la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación del seguro y se protegerá su privacidad. Apruebo el uso de mi número de teléfono para recibir información relacionada con la salud. Solicito y consiento voluntariamente que se administre la vacuna y se inscriba en el registro estatal a la persona arriba indicada.

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR CON AUTORIDAD PARA AUTORIZAR LAS VACUNAS		FECHA DE LA FIRMA	
		m m / d d / a a a a	
NOMBRE		APELLIDO	
FECHA DE NACIMIENTO DE QUIEN FIRMA	m m / d d / a a a a	RELACIÓN CON EL NIÑO	

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE SALUD, PÓNGASE EN CONTACTO CON EL PEDIATRA DE SU HIJO O LLÁMENOS AL 484-667-3382 PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE, CONSULTE [HTTP://WWW.HEALTHHEROUSA.COM](http://www.healthherousa.com) PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN.

BRAZO IZQUIERDO

ALTO

NO devuelva este
formulario a menos
que desee
que su hijo
sea vacunado.



BRAZO DERECHO

PA25 | www.healthherousa.com
Health Hero USA
Pennsylvania, Inc.
2901 Dutton Mill Rd
Aston, PA 19014
484-667-3382
pa@healthherousa.com