



MESA PUBLIC SCHOOLS



Mesa Public Schools, Mesa Fire Department and Maricopa County Department of Public Health
Consent for Immunization
PLEASE PRINT

Form with fields for CHILD'S FIRST NAME, M.I., LAST NAME, CHILD'S DATE OF BIRTH, CHILD'S AGE TODAY, ADDRESS, CITY, APT / P.H., ZIP, and TELEPHONE.

Form with checkboxes for insurance status (On AHCCCS Plan, Have no health insurance, Have health insurance, Native American eligible for Indian Health Services, Have health insurance but it does not pay for immunizations, KIDS CARE) and a signature line for PARENT/GUARDIAN SIGNATURE, PRINTED SIGNATURE, and DATE.

Screening Questionnaire for Seasonal Influenza Vaccine (Parents- please complete)

- Does the person to be vaccinated have an allergy to eggs or ever had a serious reaction to a prior influenza vaccine?
Does the person to be vaccinated have a chronic or long term health problem?
Does the person to be vaccinated live with or expect to have close contact with an immunocompromised person?

FOR HEALTH STAFF ONLY
Nurse Screener Initials
Screening Checklist Reviewed by

2009-2010
Inactivated Influenza .25
Inactivated Influenza .5
Flu Mist

Giver's Signature:



MESA
PUBLIC SCHOOLS



Escuelas Públicas de Mesa, Departamento de Bomberos de Mesa y Salubridad Pública del Condado Maricopa
Consentimiento para Inmunización
POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA

NOMBRE DEL NIÑO/A:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO/S		FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO/A	EDAD ACTUAL DEL NIÑO/A:
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	APARTAMENTO	CODIGO POSTAL:		Teléfono:

√ (Marque) el apropiado: Plan de AHCCCS: _____ No tengo seguro médico Tengo seguro médico

Elegible para Servicios de Salud de Native American Indian Tengo seguro médico pero no cubre inmunizaciones KIDS CARE

La información será entregada a Salubridad Pública del Condado Maricopa y al Sistema Informativo de Inmunización del Estado de Arizona (ASIS – por sus siglas en inglés).

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: X _____ FIRMA EN LETRA DE IMPRENTA: X _____ FECHA: X _____

Cuestionario de Evaluación para la Vacuna contra Influenza de Temporada (Padres – por favor llenen)

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿La persona que el va ser vacunada tiene alguna alergia a huevos o ha tenido una reacción severa a la vacuna de influenza anteriormente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿La persona que va ser vacunada tiene un problema de salud crónico o de largo plazo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿La persona que va ser vacunada vive con o espera tener un contacto cercano con una persona con el sistema inmunológico deficiente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SOLO PARA EL PERSONAL DE SALUD

Nurse Screener Initials _____ Screening Checklist Reviewed by _____

2009-2010 Influenza Inactiva .25 Influenza Inactiva .5 Spray Influenza

Firma de la persona administrando la vacuna: _____