SEASONAL FLU VACCINE

This form is to be completed by the parent or legal guardian of the child named below.

STUDENT INFORMATION			
Last Name:	First Name:		Grade:
Date of Birth:	❑Male ❑ Female	School:	
Home Address:			ZIP Code:
Parent/legal guardian full name:			
Daytime Phone: (Required)	Mobile: (Optional)	I am the student's: ❑ Parent	❑Legal guardian
Email address (If available):			

HEALTH SCREENING
Has your child ever had a **severe** reaction to a vaccine? ❑ No ❑ Yes- describe:
Does your child have any **severe** allergies to medications, food, **eggs**, or latex? ❑ No ❑ Yes- describe:
Does your child have a condition that lowers immunity (cancer, leukemia) ❑ No ❑ Yes- describe:
Is your child taking medication that lowers immunity (cortisone, other steroids, radiation)? ❑ No ❑Yes- describe:
Is your child currently receiving aspirin therapy? ❑ No ❑ Yes- describe:
Has your child been diagnosed with asthma or experienced recurrent wheezing? ❑ No ❑ Yes- describe:
Is your child pregnant or nursing? ❑ No ❑ Yes
Please check with your doctor if you are unsure of medical details. Please let us know about any changes in your child's medical condition on the day of vaccination.

CONSENT FOR VACCINATION
I have read and understand the information provided to me about the vaccinations listed below, including risks and side effects. I GIVE CONSENT for my child, named at the top of this form, to get vaccinated with the vaccines I have checked below during the 2012-2013 academic year. I further understand the School that my child attends (named above) is not liable for the services or vaccinations administered by Health4Chicago.
❑ **YES, I GIVE MY CONSENT** for my child to receive the seasonal influenza (Flu) vaccine
❑ **NO, I DO NOT** GIVE MY CONSENT for my child to receive the seasonal influenza (Flu) vaccine. REASON:

HEALTH INSURANCE	❑ MY CHILD DOES NOT HAVE INSURANCE
Name of Insured:	Insured's Date of Birth:
Medicaid #:	
Insurance Type (non-Medicaid):	❑ PPO ❑ HMO
Insurance ID #:	Group #:
Employer Name:	

INTERNAL USE ONLY

Vaccine	Date Administered	Site/ Route (Circle One)	Lot Number (Place Sticker)	Immunizer
		RA IM LA IM IN		

I opt out of my child's information being entered in to the Illinois Comprehensive Automated Immunization Registry Exchange, which allows Illinois providers access to my child's immunization records. ❑

I agree to assign insurance benefits to the treating physician. Medical information may be released to my insurance company for the purposes of securing payment for services received. I understand it is my responsibility to understand my benefits and insurance coverage and I will be held responsible for any fees owed for services. **Children uninsured or covered by Medicaid will be given vaccines FREE of charge to parents.**

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____

COMPLETE THE FOLLOWING PAGE →

VACUNA CONTRA LA INFLUENZA (FLU)

El Padre/Guardián del estudiante nombrado abajo debe completer este formulario

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE		
Apellido:	Nombre:	Grado:
Fecha de Nacimiento:	❑Masculino ❑ Feminino	Escuela:
Domicilio:		Código Postal:
Nombre completo del padre/guardián:		
Número Teléfono: (Requerido)	Número Celular: (Opcional)	Mi relación al estudiante es: ❑ Padre ❑ Guardián
Correo electrónico (si disponible):		

REVISIÓN MÉDICA
¿Ha tenido alguna vez su niño una reacción severa a una vacuna? ❑ No ❑ Sí- describa:
¿Su niño tiene alergias graves a medicamentos, alimentos, huevos o al látex? ❑ No ❑ Sí- describa:
¿Tiene su niño una condición que reduce la inmunidad? (e.g. cancer, leukemia) ❑ No ❑ Sí- describa:
¿Toma su niño un medicamento que disminuye la inmunidad? (cortisona, esteroide, radiación)? ❑ No ❑Sí- describa:
¿Recibe su niño tratamiento con aspirina? ❑ No ❑ Sí- describa:
¿Ha diagnosticado su niño de asma o tiene respiración sibilante? ❑ No ❑ Sí- describa:
¿Está embarazada su hija o está dando pecho? ❑ No ❑ Sí
Si no está seguro de los detalles medicos, por favor consulte con su médico. Si hay un cambio en la salud de su hijo(a), por favor notifique al proveedor(a) de servicios en el día de la vacunación.

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN
He leído y entiendo la información que me han dada sobre la vacuna indicada a continuación, incluyendo los riesgos y efectos secundarios. DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo(a) con el nombre el la parte superior de este formulario sea vacunado con la vacuna que he comprobado por debajo durante el año escolar 2012-2013. Entiendo que la escuela de mi hijo(a) no se hace responsible por los servicios o las vacunaciones administradas de Health4Chicago.
❑ **SÍ, DOY MI CONSENTIMIENTO** para que mi hijo(a) reciba la vacuna contra la Influenza (Gripe/ **FLU**)
❑ **NO, NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para que mi hijo(a) reciba la vacuna contra la Influenza (Gripe) RAZÓN:

SEGURO MÉDICO	❑ MI HIJO(A) NO TIENE SEGURO MÉDICO
Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:
Número de identificación de Medicaid (tarjeta médica):	
Seguro Médico (privado):	❑ PPO ❑ HMO
Número de identificación de seguro médico (privado):	Grupo:
Empleador:	

SOLAMENTE PARA USO INTERNO

Vaccine	Date Administered	Site/ Route (Circle One)	Lot Number (Place Sticker)	Immunizer
		RA IM LA IM IN		

Opto por no introducer la información de mi hijo(a) en el Integral de Intercambio Automatizado de Registro de Vacunación de Illinois, que permite a los proveedores de Illinois el acceso a los registros de vacuncación de me hijo(a). ❑

Estoy de acuerdo en asignar los beneficios del seguro por el medico tratante. La información médica puede ser divulgada a mi compañía de seguros a los efectos de garantizar el pago de los servicios recibidos. Entiendo que es mi responsabilidad de entender mis beneficios y cobertura de seguros y seré responsable de los honorarios debidos por los servicios. **Los niños no asegurados o no cubiertos por Medicaid, se le dará vacunas libre de costos a los padres.**

Firma del padre/guardian **Fecha**

COMPLETE LA SIGUIENTE PÁGINA →

Chicago Public Schools ONLY

CONSENT AND RELEASE OF LIABILITY
FOR MEDICAL-RELATED SERVICES PROVIDED BY

[Health4Chicago]

Name of Student _____ Student ID# __ __ __ __ __ __ __ __ __

Student's Date of Birth _____ School Name _____

1. The undersigned, as the parent or legal guardian of the child named above, understands that [Health4Chicago], through its network of qualified medical providers ("[Health4Chicago] **Providers**"), offers medical-related services ("**Services**") to City of Chicago residents including Chicago Public Schools ("**CPS**") students and that my child may be eligible to receive these Services.

2. Because different types of Services are offered by [Health4Chicago] Providers, I hereby consent to having my child receive the following types of Services if they become available, without requiring anyone to obtain my additional written consent before my child receives each Service.

Parent/Guardian should check all Services for which this consent is granted:

☐ **Physical Examinations (including blood and urine testing, as appropriate)**

☑ **Immunizations**

☑ **Health Education/Promotion**

☐ **Dental Screening, Examination and Treatment**

☐ **Vision Screening, Examination and Treatment**

This consent does not authorize any Services beyond those listed above. I understand that I will receive prior notice via telephone or in writing of any Services to be provided and that I will have an opportunity to withhold my consent for physical examinations and immunizations on a case-by-case basis. I further understand that I have the right to accompany my child for these visits.

3. I understand that as a substitute caregiver to a Chicago Public School student under the legal guardianship of the Illinois Department of Children and Family Services (DCFS) I am not authorized to provide written Consent for Ordinary and Routine Medical and Dental Care. I further understand that I must request consent from the DCFS Guardianship Administrator, or Authorized Agent, and provide a copy of the DCFS Consent for Ordinary and Routine Medical and Dental Care if consent is granted before any of the above services may be provided.

4. I further grant my consent for the Board of Education of the City of Chicago/CPS to release and furnish information regarding past physical exams, immunizations, and vision screening data in my child's health record to Providers to ensure that the Providers can effectively provide services. I also grant my consent for the Providers to release and furnish reports to my child's school for inclusion in my child's health record, and written and verbal reports concerning the results of any screenings and examinations. I understand that such records still will be subject to the privacy rights afforded by state and federal law.

5. **I understand that CPS has no control over Services provided by a [Health4Chicago] Provider. Therefore, if a [Health4Chicago] Provider furnishes the Services, I agree to release and hold harmless the Board of Education of the City of Chicago, its members, agents, officers, contractors, volunteers and employees from and against any and all claims, demands, actions, complaints, suits or other forms of liability that shall arise out of or by reason of, or be caused by the provision of Services and the treatment received.**

6. I understand that the Provider may bill the Illinois Department of Public Aid's Medicaid/AllKids program or any other currently applicable insurance program for any reimbursable Services it provides and that I may be personally responsible for any co-pay imposed by Medicaid/KidCare or my insurance company. If you have any questions or need more information, call the DHS Helpline at 1-800-843-6154, Monday through Friday (except state holidays), between 8:30 a.m. and 5:00 p.m. Persons using a teletypewriter (TTY) can call 1-800-447-6404. The call is free.

I understand that I may revoke this Consent in whole or in part at any time by sending the Board **and** your child's school prior written notice by fax or mail as follows:

The Board of Education of the City of Chicago
Office of Special Education and Support Services
125 S. Clark Street, Suite 800
Chicago, IL 60603
Attn: Physical Health Fax: 773-553-1883

Copy to: Your child's school Attn: Principal

This revocation will not take effect for seven (7) business days after the Board receives my notice.
Unless I revoke my consent as described above, this Consent will take effect as of the date designated below and it will remain in effect until June 30, 2013.

Parent's/Guardian's Signature: _____

Print Name: _____ **Date:** _____

CONSENTIMIENTO Y DISPENSA DE RESPONSABILIDAD PARA

SERVICIOS MÉDICOS RELACIONADOS PROVISTOS POR

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento del estudiante _____

#ID del estudiante _____

Nombre de la escuela _____

1. El firmante, como padre o tutor legal del niño nombrado arriba, entiende que (Health4Chicago), a través de su red de proveedores calificados de servicios médicos ("(Health4Chicago) Proveedores"), ofrece servicios médicos relacionados ("Servicios") a residentes de la ciudad de Chicago incluyendo estudiantes de las Escuelas Públicas de Chicago ("CPS"), y mi niño puede ser elegible para recibir esos servicios.
2. Dado que los proveedores ofrecen diferentes servicios (Health4Chicago), por la presente autorizo que mi niño reciba los siguientes servicios si están disponibles, sin que nadie tenga que obtener mi consentimiento adicional antes de que mi niño reciba cada servicio.

El padre/tutor legal debe señalar todos los servicios comprendidos por esta autorización:

-Examen físico (incluyendo pruebas de sangre y orina, si es apropiado)

-Vacunas
-Educación y promoción de la salud
-Control dental, examen y tratamiento
-Control de la vista, examen y tratamiento

Este consentimiento no autoriza ningún otro servicio que no figure en la lista. Entiendo que recibiré un aviso previo, por teléfono o escrito, de cualquier servicio que sea realizado y que tendré la oportunidad de negar mi consentimiento para exámenes físicos o vacunación caso por caso. Entiendo además que tengo el derecho de acompañar a mi niño durante esas visitas.

3. Autorizo además a la Junta de Educación de la ciudad de Chicago/CPS a divulgar y entregar a los proveedores información relacionada con exámenes físicos pasados, vacunaciones y exámenes de la vista que figuren en los registros de salud de mi niño para asegurar que dichos proveedores puedan ofrecer efectivamente sus servicios. También doy mi consentimiento para que los proveedores divulguen y entreguen informes a la escuela de mi niño, para ser incluidos en sus registros de salud, así como informes escritos y verbales sobre los resultados de cualquiera de las pruebas y exámenes realizados. Entiendo que dichos registros continuarán protegidos por los derechos de privacidad establecidos en leyes estatales y federales.

4. **Entiendo que CPS no controla los servicios prestados por el proveedor (Health4Chicago). Por lo tanto, si el proveedor (Health4Chicago) realiza los servicios, libero a la Junta de Educación de la ciudad de Chicago, a sus miembros, agentes, oficiales, contratistas, voluntarios y empleados de cualquier reclamo, demanda, acción, queja, juicio o cualquier forma de responsabilidad que pueda surgir por culpa de, o sea causada por la prestación de los servicios y el tratamiento recibido.**

5. Entiendo que el proveedor puede enviar la cuenta al programa Medicaid/AllKids del Departamento de Salud y Servicios a la Familia del estado de Illinois, o a cualquier otro seguro aplicable, para ser reembolsado por servicios prestados, y que yo puedo ser responsable de cualquier co-pago impuesto por Medicaid/AllKids o mi aseguradora. Si tiene alguna pregunta o necesita más información, llame a la línea directa de DHS 1-800-447-6404. La llamada es gratuita.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento total o parcialmente, enviando a la Junta **y** a la escuela del niño una comunicación escrita por fax o correo, según lo siguiente:

The Board of Education of the City of Chicago
Office of Special Education and Supports
125 S. Clark Street, Suite 800
Chicago, IL 60603
Attn: Physical Health Fax: 773-553-1883
Copia a la escuela del niño Attn: Principal

Esta revocación no regirá durante siete (7) días hábiles después que la Junta reciba mi aviso.

A menos que yo revoque mi consentimiento, tal cual fue descrito arriba, este consentimiento regirá desde la fecha señalada abajo y permanecerá vigente hasta el 30 de junio de 2013.

Firma del padre/tutor legal: _____

Nombre en imprenta: _____

Fecha: _____