



# *Choctawhatchee High School*

110 Racetrack Road, NW  
Fort Walton Beach, Florida 32547  
Phone: (850) 833-3614  
Fax: (850) 833-3410  
Michelle K. Heck, Principal

Parents,

In the era of COVID, it is in the best interest of public health to get a flu vaccine. Okaloosa County Schools has partnered with Health Hero Florida to provide flu vaccines free of charge to all students and staff. Attached you will find a consent form that must be completed before your student can receive this service. These forms must be returned to your child's third period teacher by Friday, October 9, 2020 in order to provide an accurate number of vaccines needed to the testing company.

Thank you for all that you do to keep Choctaw healthy!

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Brandon Donaldson', with a long, sweeping flourish extending to the right.

Brandon Donaldson

Assistant Principal

Choctawhatchee High School



# Flu Vaccine Consent Form

School Name: Choctawhatchee

Clinic Date: 10/15/20

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 (Jr., III, etc)
Gender: Male Female	Birthdate: (mo,day,yr)	Age	Homeroom Teacher/Grade
Address		Phone # ( ) -	Mother's Maiden Name: (For registry)
City	Zip Code	State	Race: (Circle one) African American / Black White Alaskan/ Native-American Asian Hawaiian / Pacific Islander Other Ethnicity: (circle one) Hispanic Non-Hispanic
Email address:			

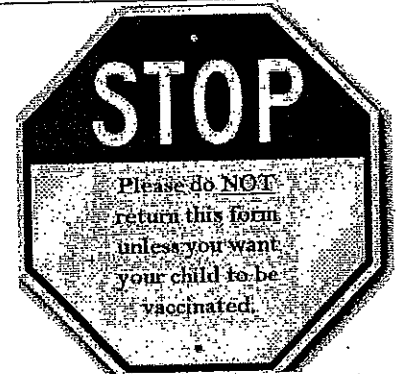
The current health care laws require us to bill your insurance company for the vaccine. The service is offered at no cost to you. Answers are always confidential.

Please fill out the following questions pertaining to your health insurance:

Medicaid <input type="checkbox"/>	No insurance <input type="checkbox"/>	Insurance Company:
Policy Holder's First Name:	Policy Holder's Last Name:	
Member ID:	Policy Holder's Date of Birth: (mo,day,yr)	

CHECK YES OR NO FOR EACH QUESTION

YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Has your child ever had a life-threatening reaction(s) to the flu vaccine in the past?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Has your child ever had Guillain-Barre' syndrome?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Does your child have an allergy to eggs?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Does your child have a blood disorder such as hemophilia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Will this be the first time your child has ever received a flu vaccination?



IF YOU HAVE ANY HEALTH QUESTIONS, PLEASE CONTACT YOUR PHYSICIAN OR CALL US AT 844-728-2931 TO SPEAK TO A REPRESENTATIVE.

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](http://www.immunize.org) or [www.cdc.gov](http://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 district of Okaloosa County, MaxVax LLC., affiliates, affiliated schools of nursing, their directors, employees and agents 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 MaxVax LLC. 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 Personal Health Information contended herein will be protected. I request and voluntarily consent for the vaccine to be given and recorded in Florida SHOTS for the person listed above.

Printed Name of Parent/Guardian

Signature of Parent/Guardian

Relationship to child

Date

VIS/CDC/IV/08/15/2019

EXP/CEV/AX

LOT Number

EXP Date

RN#

Date

AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY

Health Hero Florida  
320 1st St N #101  
Jacksonville Beach, FL 32250  
info@healthheroFlorida.com  
844.728.2931

HEALTH HERO FLORIDA  
You Keep Them Learning, We Keep Them Healthy.

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE

Nombre de la escuela: Choctawhatchee

POR FAVOR COMPLETA TODA LA INFORMACION A CONTINUACION - IMPRIMA CON TINTA (NO SE ACEPTARAN FORMULARIOS INCOMPLETOS)

NOMBRE de Estudiante:		Segundo Nombre		APELLIDO de Estudiante:	
Género: Niño o Niña		Nacimiento: (mes,día,año)		Edad	
Dirección				Teléfono # ( ) -	
Ciudad		Código postal		Estado	
Dirección de correo electrónico:				Carrera Estudiantil: (Círculo uno) Afroamericano Blanco Alaskan/ Nativo-Americano Asiático Hawaiano/Isteño del Pacífico Otro	
				Origen Étnico: (círculo uno) Hispana O No hispanos	


Las leyes vigentes en materia de atención médica nos obligan a facturar la vacuna a su compañía de seguros. El servicio se ofrece sin costo para usted. Las respuestas son siempre confidenciales.

Por favor complete las siguientes preguntas acerca de su Seguro medico

Medicaid		Mi hijo NO tiene seguro médico .		Compañía de Seguros:	
Titular de la póliza Nombre:				Titular de la póliza Apellido:	
ID de Miembro:				Fecha de nacimiento del titular de la póliza: (mes,día,año)	

CHECK SI O NO PARA CADA PREGUNTA

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe en el pasado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Tu hijo ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Su hijo tiene alergia a los huevos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Su hijo tiene un trastorno de la sangre como hemofilia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Es la primera vez q su hijo recibe una vacuna contra la gripe?



SI TIENE ALGUNA PREGUNTA DE SALUD, POR FAVOR CONTACTE CON EL PEDIATRICIAN DE SU HIJO O LLAMENOS AT 844.728.2931 PARA HABLAR A UN REPRESENTANTE.

He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de Información de Vacunas. Soy consciente de que puedo localizar la Declaración de Información sobre Vacunas más reciente y otra información en [www.immunize.org](http://www.immunize.org) o [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entender los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna se dé a la persona mencionada anteriormente de quien soy el padre o tutor legal y que tenga autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han hecho garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero el sistema escolar, MaxVax LLC., y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, 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 voy a hacer que la escuela sea consciente de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso a MaxVax, LLC. para resolver y apelar con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de la clínica se pueden obtener de la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación de seguros y su privacidad estará protegida. Solicito y consiento voluntariamente que se le dé la vacuna y se registre en Florida SHOTS para la persona mencionada anteriormente. Soy el padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre.

Nombre impreso del padre/tutor

Firma del Padre/Tutor

Relación con el niño

Fecha

VIS: CDC 11/08/15/2019  
 LOT Number: \_\_\_\_\_  
 RN#: \_\_\_\_\_  
 AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY

**Health Hero Florida**  
 320 1st St N #101  
 Jacksonville Beach, FL 32250  
 info@healthheroflorida.com  
**844.728.2931**

**HEALTH HERO FLORIDA**  
 You Keep Them Learning,  
 We Keep Them Healthy.

# Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): What you need to know

Hayat vaccine information sheet is available in Spanish and other languages. See [www.hhs.gov/opa](http://www.hhs.gov/opa).  
 Información de información sobre vacunas está disponible en español en nuestra página. Véase [www.hhs.gov/opa](http://www.hhs.gov/opa).

## 1 Why get vaccinated?

Influenza vaccine can prevent influenza (flu).

Flu is a contagious disease that spreads around the United States every year, usually between October and May. Anyone can get the flu, but it is more dangerous for some people. Infants and young children, people 65 years of age and older, pregnant women, and people with certain health conditions or a weakened immune system are at greatest risk of the complications.

Pneumonia, bronchitis, sinus infections and ear infections are examples of flu-related complications. If you have a medical condition, such as heart disease, cancer or diabetes, flu can make it worse.

You can cause fever and chills, sore throat, muscle aches, fatigue, cough, headache, and runny or stuffy nose. Some people may have vomiting and diarrhea, though this is more common in children than adults. Each year, thousands of people in the United States die from flu, and many more are hospitalized. Flu vaccine prevents millions of illnesses and flu-related visits to the doctor each year.

## 2 Influenza vaccine

CDCC recommends everyone 6 months of age and older get vaccinated every flu season. Children 6 months through 8 years of age may need 2 doses during a single flu season. Everyone else needs only 1 dose each flu season.

It takes about 2 weeks for protection to develop after vaccination.

There are many flu viruses, and they are always changing. Each year a new flu vaccine is made to protect against three or four viruses that are likely to cause disease in the upcoming flu season. Even when the vaccine doesn't exactly match these viruses, it may still provide some protection.

Influenza vaccine does not cause flu.

Influenza vaccine may be given at the same time as other vaccines.

## 3 Talk with your health care provider

Tell your vaccine provider if the person getting the vaccine:

- Has had an allergic reaction after a previous dose of influenza vaccine, or has any severe, life-threatening allergies.
- Has ever had Guillain-Barré Syndrome (also called GBS).

In some cases, your health care provider may decide to postpone influenza vaccination to a future visit.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting influenza vaccine.

Your health care provider can give you more information.

## 4 Risks of a vaccine reaction

- Soreness, redness, and swelling where shot is given, fever, muscle aches, and headache can happen after influenza vaccine.
- There may be a very small increased risk of Guillain-Barré Syndrome (GBS) after inactivated influenza vaccine (the flu shot).

Young children who get the flu shot along with pneumococcal vaccine (PCV13), and/or DTaP vaccine at the same time might be slightly more likely to have a seizure caused by fever. Tell your health care provider if a child who is getting flu vaccine has ever had a seizure.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears. As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

## 5 What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call 9-1-1 and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at [www.vaers.hhs.gov](http://www.vaers.hhs.gov) or call 1-800-822-7967. VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff do not give medical advice.

## 6 The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines. Visit the VICP website at [www.hhs.gov/vaccinecompensation](http://www.hhs.gov/vaccinecompensation) or call 1-800-338-2382 to learn about the program and about filing a claim. There is a time limit to file a claim for compensation.

## 7 How can I learn more?

- Ask your healthcare provider.
- Call your local or state health department.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):  
 - Call 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) or  
 - Visit CDC's [www.cdc.gov/flu](http://www.cdc.gov/flu)



## Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): Lo que necesita saber

### 1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la influenza puede prevenir la influenza (gripe).

La gripe es una enfermedad contagiosa que se propaga por los Estados Unidos cada año, generalmente entre octubre y mayo. Cualquiera puede contraer la gripe, pero, serías más propenso para algunas personas. Las bebés y niños pequeños, las personas de 65 años de edad y mayores, las mujeres embarazadas y las personas con ciertos padecimientos de salud o un sistema inmunológico debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones por la gripe.

La neumonía, la bronquitis, las infecciones sinusales y las infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tienes un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarla. La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolores musculares, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Algunas personas pueden tener vómitos y diarrea, aunque esto es más frecuente en niños que en adultos.

Cada año, miles de personas sufieren por influenza en los Estados Unidos, y muchos más son hospitalizados. La vacuna contra la gripe previene millones de enfermedades y visitas al médico relacionadas con la gripe cada año.

### 2 Vacuna contra la influenza

Los Centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) recomiendan que todas las personas de 6 meses de edad y mayores se vacunen cada temporada contra la gripe. Niños de 6 meses a 8 años de edad pueden necesitar 2 dosis durante una

Una dosis adicional de la vacuna puede ser necesaria si usted vive en un clima cálido o si su sistema inmunológico es débil. Consulte con su médico para obtener más información.

solo temporada de gripe. Todos los demás necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección puede aproximadamente 2 semanas en desarrollarse después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se fabrica una nueva vacuna contra la gripe para proteger contra tres o cuatro virus que probablemente causen enfermedades en la próxima temporada de gripe. Incluso cuando la vacuna no coincide exactamente con estos virus, aún puede brindar cierta protección.

La vacuna contra la influenza no causa gripe.

La vacuna contra la influenza puede aplicarse al mismo tiempo que otras vacunas.

### 3 Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que va a recibir la vacuna:

- Ha tenido una reacción alérgica después de una dosis previa de la vacuna contra la influenza o si ha tenido cualquier alergia grave y potencialmente mortal.
- Alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (síndrome llamado SGB).

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se pospone la vacunación contra la influenza para una visita futura.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves como la gripe. Personas con enfermedades moderadas o graves usualmente deben esperar hasta recuperarse antes de recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionar más información.

### 4 Riesgos de una reacción a la vacuna

• Puede presentarse dolor en el sitio de inyección, hinchazón donde se aplica la inyección, fiebre, dolores musculares y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.

• Puede haber un aumento muy pequeño (del riesgo de contraer el síndrome de Guillain-Barré (SGB)) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben la vacuna contra la gripe (junto con la vacuna antineumocócica (PCV13)) y/o la vacuna DTaP al mismo tiempo pueden tener un poco más de probabilidades de tener una convulsión causada por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si su niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido convulsiones alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otro daño grave o la muerte.

### 5 ¿Qué debo hacer si hay un problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareos o debilidad), llame al 9-1-1 y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame al proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Las reacciones adversas se deben reportar al Sistema de Informes de eventos adversos de vacunas de

vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en [www.vaers.hhs.gov](http://www.vaers.hhs.gov) o llame al 1-800-832-7967. El VAERS se solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona compensación.

### 6 Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que padecían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Visite el sitio web de VICP en [www.hhs.gov/vaccine-compensation](http://www.hhs.gov/vaccine-compensation) o llame al 1-800-338-2382 para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación. Hay un plazo límite para presentar una reclamación de compensación.

### 7 ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
- Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
- Visite el sitio web [www.cdc.gov/flu](http://www.cdc.gov/flu) de los CDC



U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

Vaccine Information Statement (Influenza)  
Inactivated Influenza Vaccine Spanish

8/15/2019 | 42 U.S.C. § 300aa-26