

DATE :

# Vaccine Administration Consent Form / Forma De Consentimiento Administrativa De Vacuna(s)

CLINIC :

### CONSENT STATEMENT/DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

**English:** I agree that the person named below will receive the vaccines indicated and that this person will have a vaccine put in his or her body to prevent infectious diseases. I received a copy of the Vaccine Information Statements (VIS) for these vaccines. I know the risks of the diseases these vaccines prevent, and the benefits and risks of the vaccines. I have had a chance to ask questions about the diseases, the vaccines, and how the vaccines are given. I agree that a record of giving these vaccines can be put into the San Antonio Metropolitan Health District (SAMHD) immunization registry and that this record can be shared with the Texas Immunization Registry, other health care providers, schools, or places that provide child care. I am an adult who can legally consent for the person named below to get vaccines. I freely and voluntarily give my signed permission for these vaccines to be given. I am entitled to receive and review the information upon request. I have the right to ask the SAMHD to correct any information that is determined to be incorrect. I have received information about the HIPAA privacy notification.

**Español:** Entiendo que la persona nombrada abajo recibirá las vacunas indicadas y que esta persona tendrá una vacuna puesta en su cuerpo para prevenir enfermedades infecciosas. Recibí una copia de las declaraciones de la información de vacuna (VIS) para estas vacunas. Sé los riesgos de las enfermedades que estas vacunas previenen, y las ventajas y los riesgos de las vacunas. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de las enfermedades, las vacunas, y cómo se dan las vacunas. Entiendo que un expediente de estas vacunas se puede poner en el registro de las inmunizaciones del Distrito Metropolitano de Salud de San Antonio (SAMHD) y que este expediente es compartido con el Registro de Inmunizaciones de Texas y otros proveedores de salud, escuelas, u otros lugares que proporcionen cuidado de niño. Soy un adulto que puede consentir legalmente para la persona nombrada abajo conseguir vacunas. Doy libremente y voluntariamente mi permiso firmado para que estas vacunas sean dadas. Tengo el derecho de recibir y revisar la información sobre el pedido si es necesario. Tengo el derecho de pedir que el SAMHD corrija cualquier información que se determine ser incorrecta. He recibido la información sobre la notificación de la ley de HIPAA.

### Patient's Information (Please Print) / Informacion Del Paciente (Por favor use letra de molde)

Last Name / Nombre del Primer Apellido	First Name / Primer Nombre	M.I.	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento	Gender/ Sexo <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Twin/ Gemelo <input type="checkbox"/>
Address/ Direccion			Apt. #	Telephone / Telefono	
( ) -					
City/ Ciudad	County/ Condado	State/ Estado	Zip Code / Zona Postal		

### Name of Guardian / Nombre de la persona autorizada para ser el pedido

Last Name / Nombre del Primer Apellido	First / Primer Nombre	M.I.	Relationship to Patient / Relación con el Paciente
Guardian Signature / Firma de la persona autorizada para ser el pedido		Date / Fecha	Witness Signature / Firma de testigo

I DO NOT GRANT consent for registration. I DO NOT wish to INCLUDE my child's information in the San Antonio Immunization Registry System (SAIRS). I agree, this is my preferred language.

NO DOY CONSENTIMIENTO a la registraci3n. NO deseo INCLUIR la informaci3n de mi ni1o(a) en el Sistema de Registro de Vacunaci3n de San Antonio (SAIRS). Yo estoy de acuerdo, este es mi idioma de preferencia.

### To Be Filled Out By Administrator

<input type="checkbox"/> Medicaid #	<input type="checkbox"/> CHIP	<input type="checkbox"/> SUPERIOR	<input type="checkbox"/> COM	<input type="checkbox"/> AETNA
<input type="checkbox"/> PCA	<input type="checkbox"/> TXHN	<input type="checkbox"/> COM	<input type="checkbox"/> BLU	<input type="checkbox"/> AETNA
<input type="checkbox"/> Underinsured (Not insured for immunizations)	<input type="checkbox"/> Medicare #			
<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native	<input type="checkbox"/> Private Insurance			
<input type="checkbox"/> No Insurance	<input type="checkbox"/> Cash	<input type="checkbox"/> Check	<input type="checkbox"/> Credit/Debit Card	Company Name: Policy #

<input type="checkbox"/> HEP B <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3    MFR: <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> HEB <input type="checkbox"/> HEP B-2 Dose Lot # _____ Site _____	<input type="checkbox"/> DTaP <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3    MFR: <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> Td <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> DT    Lot # _____ Site _____	<input type="checkbox"/> HEP A <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2    MFR: <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Other Lot # _____ Site _____
<input type="checkbox"/> RTV (Rotateq) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3    MFR: <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Other Lot # _____ Site _____	<input type="checkbox"/> DTaP-IPV (Kinrix) <input type="radio"/> 1    MFR: <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="checkbox"/> Other Lot # _____ Site _____	<input type="checkbox"/> MCV4 <input type="radio"/> 1    MFR: <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> MPSV4 <input type="checkbox"/> Other Lot # _____ Site _____
<input type="checkbox"/> RTV (Rotarix) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2    MFR: <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="checkbox"/> Other Lot # _____ Site _____	<input type="checkbox"/> DPH (Pediarix) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3    MFR: <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="checkbox"/> Other <input type="radio"/> 4 Lot # _____ Site _____	<input type="checkbox"/> HPV <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3    MFR: <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Other Lot # _____ Site _____
<input type="checkbox"/> PCV <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3    MFR: <input type="checkbox"/> Wyeth <input type="checkbox"/> Other <input type="radio"/> 4 Lot # _____ Site _____	<input type="checkbox"/> Pentacel (DTaP-IPV/Hib) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3    MFR: <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> Other <input type="radio"/> 4 Lot # _____ Site _____	<input type="checkbox"/> PNV <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2    MFR: <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Other Lot # _____ Site _____
<input type="checkbox"/> IPV <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3    MFR: <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> Other <input type="radio"/> 4 Lot # _____ Site _____	<input type="checkbox"/> VAR <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2    MFR: <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Other Lot # _____ Site _____	<input type="checkbox"/> FLU <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2    MFR: <input type="checkbox"/> Novartis Fluvirin <input type="checkbox"/> Sanofi Fluzone <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Site Lot # _____ Site _____
<input type="checkbox"/> HIB <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3    MFR: <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur <input type="checkbox"/> Hiberix (Booster) <input type="radio"/> 4 <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Other Lot # _____ Site _____	<input type="checkbox"/> MMR <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2    MFR: <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> MMRV <input type="checkbox"/> Other Lot # _____ Site _____	<input type="checkbox"/> OTHER <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3    MFR: <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="checkbox"/> Merck <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur Vaccine Code: _____ Lot # _____ Site _____

Print Administrator First Name and Last Name	<input checked="" type="checkbox"/>	Vaccine Administrator Signature / Title	Date of Vaccine Administration
--	-------------------------------------	---	--------------------------------



### VACCINE(S) ADMINISTRATION CONSENT FORM

MHD-DT-VAC-3.4, 10/29/2010

## IMMUNIZATION HISTORY

Vaccine Family	Vaccine Type	Brand Name/Trade Name (Circle One, If Known)	CPT	Date 1	Date 2	Date 3	Date 4	Date 5
<b>DTaP / DT / Td / Tdap</b>	DT	Generic	90702					
	DTaP	Tripedia; Infanrix	90700					
	DTaP	DAPTACEL	90700					
	Td	Generic	90718					
	Tdap	ADACEL; Boostrix	90715					
	Tetanus Toxoid	Generic	90703					
<b>DTaP-Hib</b>	DTaP-Hib (DHI)	TriHIBit	90721					
<b>DTaP-IPV/Hib</b>	DTaP-IPV/Hib (DIH)	Pentacel	90698					
<b>DTP-Hib</b>	DTP-Hib 6 (DHI)	Tetramune	90720					
<b>DTap-IPV</b>	DTaP-IPV (DTI)	Kinrix	90696					
<b>DTaP-HepB-IPV</b>	DTaP-HepB-IPV (DPH)	Pediarix	90723					
<b>Hep B</b>	HBIG	BayHepB; Nabi -HB	90371					
	Hep B Pediatric	Engerix; Recombivax	90744					
	Hep B Adolescent H.R.	Engerix; Recombivax	90745					
	Hep B- adult	Engerix; Recombivax	90746					
<b>Hep A</b>	Hep A, adult	Havrix; VAQTA	90632					
	Hep A, ped/adol, 2 dose	Havrix; VAQTA	90633					
	Hep A, ped/adol, 3 dose	Havrix; VAQTA	90634					
<b>HepA HepB</b>	Hep A Hep B (HAB)	Twinrix	90636					
<b>HepB-Hib</b>	HepB-Hib (HHB)	COMVAX	90748					
<b>Hib</b>	Hib-PRP-D6	ProHIBit	90646					
	Hib-PRP-OMP	PedvaxHIB	90647					
	Hib-PRP-T	ActHIB	90648					
	Hiberix (booster)	Hiberix	90648					
<b>Influenza</b>	Influenza, intranasal	FluMist	90660					
	Flu	Several						
<b>Measles/ Mumps/ Rubella/ Varciella</b>	MMR	MMR II	90707					
	MMRV	ProQuad	90710					
<b>HPV</b>	Human Papillomavirus	Gardasil	90649					
<b>Pneumococcal</b>	Pneumococcal conjugate	Prevnar (PCV7)	90669					
	Pneumococcal conjugate 13	Prevnar (PCV13)	90670					
	Pneumococcal polysaccharide	Pneumovax 23	90732					
<b>Polio</b>	IPV (e-IPV)	IPOL	90713					
	OPV 6	Orimune	90712					
<b>Varicella</b>	Varicella Date of Disease: / /	Varivax	99999					
<b>Other</b>	Meningococcal (MCV4)	Menactra	90734					
	Meningococcal polysaccharide	Menomune	90733					
	Rotavirus (RTV)	Rotateq	90680					
	Rotavirus	Rotarix	90681					
	RSV-MAb	SYNAGIS	90378					
	Tb History							

Comments:

\* Females >= 10 (LMP): / /

