

Ronald McDonald Care Mobile
 Advocate Children's Hospital 1675 W. Dempster St. Park Ridge, IL 60068 (847)723-7358
Influenza Vaccine Consent

Name: _____ Date of Birth: _____ Sex: _____ Race: _____

 Address: _____ City/State: _____ Zip Code: _____
 _____ Parent/Guardian _____ Home/Cell Phone Number: _____

Does your child have Medicaid/Kid Care Insurance? Yes ___ No ___
 Private Insurance? Yes ___ No ___ If yes, does your insurance pay for vaccines? Yes ___ No ___

Screening Questionnaire for Influenza Vaccinations

For parents of children to be vaccinated: The following questions will help us determine if there is any reason we should not give your child influenza vaccination today. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean your child should not be vaccinated. It just means additional questions may be asked. If a question is not clear, please ask the healthcare provider to explain it.

| | Yes | No | Don't know |
|--|-----|----|------------|
| Has your child had a health problem with lung, heart, kidney or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, or a blood disorder? Is he/she on long-term aspirin therapy? | | | |
| If the person to be vaccinated is a child age 2 through 4 years, in the past 12 months, has a healthcare provider ever told you that he or she had wheezing or asthma? | | | |
| Does your child/teen have an allergy to eggs or any part of a vaccine? | | | |
| Has your child/teen ever had a serious reaction to influenza vaccine in the past? | | | |
| Has your child/teen ever had Guillain-Barre syndrome? | | | |
| Has your child/teen had 2 previous "flu" vaccines since 2010? | | | |
| Has your child/teen received vaccinations in the past 4 weeks? | | | |

(from www.immunize.org)

Patient Agreements and Authorizations

VACCINE INFORMATION: I have received and read the vaccine information statement "Inactivated Influenza Vaccine 2017-18." <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.pdf>

CONSENT FOR TREATMENT: I hereby consent to the treatment provided by Advocate Physicians, Nurses or other designated health care providers. I understand that Physicians, Nurses and other health care providers in training may, under the supervision of appropriate personnel, participate in my child's treatment and I consent to such student involvement in my care.

DISCLAIMER: This Ronald McDonald Care Mobile is made possible by a grant from the Ronald McDonald House Charities, Inc. ("RMHC"), a non-profit, tax-exempt charitable corporation. RMHC has no responsibility or liability for the operation of this Ronald McDonald Care Mobile or any of the medical or dental activities conducted herein.

I want my child to have a seasonal flu vaccine.

Patient/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

To be completed by Ronald McDonald Care Mobile staff

Reviewed by _____ Need to repeat in one month? Yes No

Flu vaccine type _____ Manufacturer _____ Lot _____ Site _____

Signature and title _____ Date _____

Ronald McDonald Care Mobile
 Advocate Children's Hospital 1675 W. Dempster St. Park Ridge, IL 60068 (847)723-7358

Consentimiento para la vacuna de Influenza

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Raza: _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____

Pariente/Tutor legal: _____ Número de teléfono celular/de casa: _____

¿Que tipo de seguro médico tiene su hijo/hija (favor de marcar)? Medicaid/Ayuda Publica No seguro médico Seguro privado

Cuestionario antes de la vacuna de Influenza

Para los padres de hijos/hijas que van a recibir la vacuna: Las siguientes preguntas nos ayudaría por la cual no se puede administrar la vacuna a su hijo/hija el día de hoy. Si responde "si" a las preguntas, no significa que no se administrara la vacuna, solo que necesitaremos mas preguntas al respeto.

| | Si | No | No sabe |
|--|----|----|---------|
| ¿Su hijo/hija tiene problemas con los pulmones, el Corazon, los rinones, diabetes, asma or problemas hematologicas? ¿Toma aspirina diaria? | | | |
| ¿Su hijo/hija tiene alergia al huevo o a algun ingrediente de la vacuna? | | | |
| ¿Su hijo/hija ha tenido reacción grave a la vacuna de influenza en el pasado? | | | |
| ¿Su hijo/hija ha tenido el síndrome de Guillain-Barre? | | | |
| ¿Su hijo/hija ha recibido la vacuna de influenza 2 veces en el pasado? | | | |
| ¿Su hijo/hija ha recibido alguna otra vacuna en las ultimas 4 semanas? | | | |

(from www.immuize.org)

El consentimiento para el tratamiento nos permite vacunar a su hijo/hija de acuerdo con guías de la CDC y el IDPH. Favor de leer el sitio del internet para la información de la vacuna: http://www.immunize.org/vis/spanish_flu_inactive.pdf

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO: Por el presente, consiento al tratamiento proporcionado por médicos, enfermeras y otros proveedores de atención médica de Advocate. Entiendo que los médicos, las enfermeras y otros proveedores de atención médica que se están capacitando en el hospital pueden, bajo la supervisión del personal apropiado, participar en el tratamiento de mi hijo(a) y consiento la participación de dichos estudiantes en estos servicios. Este tratamiento puede incluir examen físico, chequeos de salud y todas las vacunas recomendadas y requeridas excepto las que usted denegó anteriormente.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD:

- Autorizo el uso y la divulgación de mi información personal de salud (PHI) con fines relativos a mis diagnósticos o mis tratamientos, a la obtención del pago de mi tratamiento, o con fines relativos a la realización de las operaciones de atención médica del Advocate Medical Group.
- Autorizo a Advocate a divulgar toda la información necesaria durante la tramitación de solicitudes de cobertura financiera para los servicios. Esta autorización dispone que Advocate pueda divulgar información clínica objetiva relacionada con mi diagnóstico y mi tratamiento, que pueda ser solicitada por mi compañía de seguro o su agente designado.
- Autorizo a Advocate a proporcionar a la institución educativa de mi hijo una copia de su examen médico, incluidas las vacunas que se le hayan administrado.
- Autorizo a Advocate divulgar la información de la visita al proveedor de atención médica primaria o medico mencionados.

CESIÓN DE BENEFICIOS. En contraprestación de los servicios proporcionados, por el presente, cedo y autorizo el pago directo a Advocate Medical Group de todos los beneficios del seguro, del plan de salud o de otro pagador independiente que de lo contrario serían pagaderos a mí o en mi nombre por servicios para paciente ambulatorio.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: este Centro de Atención Móvil Ronald McDonald se hizo posible debido a una subvención de Ronald McDonald House Charities, Inc. ("RMHC"), una corporación benéfica sin fines de lucro y exenta de impuestos. RMHC no es responsable ni tiene obligación legal por la operación de este Centro de Atención Móvil Ronald McDonald, ni por cualquiera de las actividades médicas o dentales que se lleven a cabo dentro del mismo.

Quiero que mi hijo/hija recibe la vacuna de influenza.

Pariente/Tutor del paciente: _____

Fecha: _____