



SCHOOL-BASED WELLNESS CENTERS

FREE Flu Vaccination Clinic

The week of November 17-21

Any student registered for the SBWC at their school who returns the consent can get a FREE flu shot. **Sign-up deadline: Monday, November 10.**



SCAN THE QR CODE TO REGISTER FOR YOUR SBWC TODAY! ANY STUDENT IS ELIGIBLE.



FLU VACCINE INFORMATION:

CDC INFLUENZA VACCINE INFORMATION SHEET

<https://bit.ly/43DSKQU>

Health care during school at NO COST!

INACTIVATED INFLUENZA VACCINATION (flu shot) CONSENT FOR SCHOOL-BASED WELLNESS CENTER MASS VACCINATION CLINIC

PLEASE PRINT CLEARLY

STUDENT LAST NAME: _____ STUDENT FIRST NAME: _____

SCHOOL: _____ DATE OF BIRTH: _____ SEX: ☐ M ☐ F

ADDRESS: _____ APT No.: _____

CITY: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____

	Yes	No
1. Is the student sick today?		
2. Does the student to be vaccinated have an allergy to eggs or to a component of the vaccine?		
3. Has the student to be vaccinated ever had a serious reaction to influenza vaccine in the past?		
4. Has the student to be vaccinated ever had Guillain-Barré syndrome?		

I have read or had explained to me the information in the vaccine information statement (VIS) about influenza vaccine, found here: [CDC Flu VIS](http://www.cdc.gov/flu/vaccines/index.htm). I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccine listed below and ask that the vaccine be given to my student enrolled in the School-Based Wellness Center.

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN: _____ DATE: _____

FOR CLINIC USE ONLY:

VACCINATION RECORD FOR INACTIVATED INFLUENZA VACCINE			
Manufacturer:	Injection Type: IM		
Lot Number:	Dose # 1 2 (children <9 may need 2 doses)	DOSAGE: 0.50 mL	Injection Site: LA RA LL RL
Exp Date:	Is second dose recommended?		
VIS Date:	Yes _____ No _____		
Signature of vaccine administrator: (verifies all vaccination record information)		Date:	



CENTROS DE BIENESTAR ESCOLAR

Clinica GRATUITA de Vacunacion contra la Gripe (Influenza)

La semana del 17 al 21 de noviembre.

Los estudiantes que están registrados en el Centro de Bienestar Escolar (SBWC) de su escuela y devuelvan el formulario de consentimiento pueden recibir una vacuna contra la gripe GRATIS. **Último día para inscribirse: lunes 10 de noviembre.**



**ESCANEE EL CÓDIGO
QR PARA REGISTRARSE
HOY MISMO! ANY
STUDENT IS ELIGIBLE.**



**INFORMACION SOBRE LA
VACUNA COTRA LA GRIPE:**

**HOJA DE INFORMACION
SOBRE LA VACUNA COTRA
LA INFLUENZA**

<https://bit.ly/4oLhcly>

Hay Atencion medica durante la escuela SIN COSTO!

VACUNA INACTIVADA CONTRA LA INFLUENZA (vacuna contra la gripe)
CONSENTIMIENTO PARA LA CLINICA DE VACUNACION MASIVA DEL CENTRO DE
BIENESTER ESCOLAR
POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EL LETRAS DE MOLDE

APELLIDO DEL ESTUDIANTE: _____ NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

ESCUELA: _____ CHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO ☐ H ☐ M

DIRECCION: _____ No DE APT.: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

	SI	No
1. ¿Está el estudiante enfermo hoy?		
2. ¿Tiene el estudiante que va a ser vacunado alguna alergia a los huevos o a algún componente de la vacuna?		
3. ¿Ha tenido el estudiante que va a ser vacunado alguna vez una reacción grave a la vacuna contra la influenza?		
4. ¿Ha tenido el estudiante que va a ser vacunado alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?		

*He leído o me han explicado la información del **Formulario de Información sobre la Vacuna (VIS)** acerca de la vacuna contra la influenza, disponible aquí: [CDC Flu VIS](http://www.cdc.gov/flu/vaccines-information).*

He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente.

*Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna mencionados a continuación y solicito que se administre la vacuna a mi hijo(a), quien está inscrito(a) en el **Centro de Bienestar Escolar**.*

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR: _____ FECHA: _____

FOR CLINIC USE ONLY:

VACCINATION RECORD FOR INACTIVATED INFLUENZA VACCINE			
Manufacturer:	Injection Type: IM		
Lot Number:	Dose # 1 2 (children <9 may need 2 doses)	DOSAGE: 0.50 mL	Injection Site: LA RA LL RL
Exp Date:	Is second dose recommended?		
VIS Date:	Yes _____ No _____		
Signature of vaccine administrator: (verifies all vaccination record information)			Date: