

All sections highlighted in yellow below must be completed by parent/guardian – signature/consent must also be provided.

## Care Van<sup>®</sup> Program

**Child's Name**

**Last:** \_\_\_\_\_ **First:** \_\_\_\_\_ **Middle:** \_\_\_\_\_ **Gender:** M or F **Race:** \_\_\_\_\_ **Birth Date:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_ **Apt#:** \_\_\_\_\_ **City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_ **County:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

↑ **Name of Child's School**

↑ **(PLEASE PRINT) Full Name of Parent/Guardian Completing this Form**

**SCREENING QUESTIONS: Parents/Guardian Circle YES or NO for EACH question**

1. Is Child sick today? YES NO
2. Does Child have **allergies** to medications, food, a vaccine component or latex? YES NO
3. Has Child had a **serious reaction** to a vaccine in the past? YES NO
4. Does/Has Child have health problems with **lung, heart, kidney** or **metabolic disease**? YES NO
5. If the child is a baby, have you ever been told he/she has had **intussusception**? YES NO
6. Has the child had a seizure or brain disorder? Any family history of seizures? YES NO
7. Does the child have **cancer, leukemia, AIDS** or any other **immune system** problem? YES NO
8. In the past 3 months, has the child taken **cortisone, prednisone**, or other **steroids** or **Anti-cancer drugs** or had **radiation treatments**? YES NO
9. In the past year, has child received a **transfusion** of blood or blood products or been given **immune (gamma) globulin** or an **antiviral drug**? YES NO
10. Is the child/teen **pregnant**? Is there a chance she could become pregnant in next month? YES NO
11. Has the Child had vaccines/**shots in last 4 weeks**? YES NO
12. Has the Child had **Chickenpox**, if so when? YES Month/Yr \_\_\_\_\_ NO

**PARENT/GUARDIAN CONSENT:**

I received or was offered a copy of a **Vaccine Information Statement** for each vaccine I initialed below and have answered the Screening Questions on this form. I know the risks of the disease each vaccine prevents and the benefits and risks of each vaccine. I have had a chance to ask about the disease, the vaccines, and how the vaccines are given. I know that the child receiving vaccines will have them put into his/her body. **I am an adult who can legally consent for the child named above to receive the vaccines. I voluntarily give my permission for, and consent to, administering the vaccines I initialed below to the child named above.** I release and hold harmless Care Van<sup>®</sup> Program and Caring for Children Foundation of Texas, Inc. from any and all liability related thereto.

Screener's Signature (to verify parent/guardian responses): \_\_\_\_\_

**Please check only one:**

Medicaid     No Insurance     American Indian or Alaskan Native     Underinsured

Underinsured: (1) has insurance that does not pay for vaccines (2) insurance only covers selected vaccines (TVFC-eligible for non-covered vaccines only) (3) insurance caps vaccines, child eligible when coverage amount is reached. \*Other underinsured are children not eligible to receive vaccine because provider is not a FQHC/RHC or deputized provider. However, these children may be served by a state program that covers these non-VFC eligible children.

**\*\*\*Fully privately insured children are not eligible for TVFC vaccines including children with CHIP\*\*\***

X

↑ **Parent/Guardian Signature**

↑ **Date**

↑ **Relationship to Child**

Date Vaccine Given Date VIS Given	Parent Initials	Vaccine Given	Brand/Type	Lot #	Site Used (Circle Below)	VIS Date	Nurse/Admin Initials
		<b>Rotavirus</b> 6 - 32wks <i>Do not start after 15 weeks</i>	GSK		LA RA LL RL	10/30/2019	
		<b>Pediarix</b> 6wks - 6years <i>DTAP / Hep B / IPV</i>	GSK		LA RA LL RL	11/5/2015	
		<b>HIB</b> <5yrs	Sanofi		LA RA LL RL	10/30/2019	
		<b>PCV-13</b> <5yrs	Wyeth		LA RA LL RL	10/30/2019	
		<b>HEP B</b> 0-18yrs	GSK		LA RA LL RL	08/15/2019	
		<b>DT</b> 6wk-6yrs <i>Hx seizures</i>	Sanofi		LA RA LL RL	4/01/2020	
		<b>KINRIX</b> 4-6yrs <i>5<sup>th</sup> DTAP AND 4<sup>th</sup> or 5<sup>th</sup> IPV</i>	GSK		LA RA LL RL	11/5/2015	
		<b>DTAP</b> 6wk-6yrs	GSK		LA RA LL RL	8/24/2018	
		<b>IPV (Polio)</b> 6wk-17yrs	Sanofi		LA RA LL RL	04/01/2020	
		<b>MMR</b> 1-18yrs	Merck		LA RA LL RL	10/30/2019	
		<b>Varicella</b> 1-18yrs	Merck		LA RA LL RL	8/15/2019	
		<b>HEP A</b> 1-18yrs	GSK		LA RA LL RL	7/20/2016	
		<b>Td</b> <i>Hx of Seizures</i>	Sanofi		LA RA LL RL	04/11/2020	
		<b>Tdap</b> 7-18yrs	GSK		LA RA LL RL	04/01/2020	
		<b>HPV</b> 9-18y	Gardasil-9		LA RA LL RL	10/30/2019	
		<b>MCV4</b> 1 dose before age 16 <i>and one dose after 16</i>	Menactra Menveo		LA RA LL RL	8/15/2019	
		<b>Men B</b> 16-18yrs	GSK		LA RA LL RL	8/15/2019	
		<b>Flu</b> 6 months - 18yrs			LA RA LL RL	8/15/2019	

Vaccine Administrator's Signature: \_\_\_\_\_

Form: DFW-6-2020

## Care Van® Program

↑Apellido del niño     
  ↑Primer nombre     
  ↑Género M o F     
  ↑Raza     
  ↑Fecha de nacimiento     
  ↑Edad

↑Dirección     
  ↑Apt#     
  ↑Ciudad Estado     
  ↑Codigo postal     
  ↑Condado     
  ↑Numero de teléfono

**Preguntas de la salud de el estudiante: Pariente/Guardian Por favor marque Si o No despues de cada pregunta.**

- ¿Esta el niño enfermo hoy? SI o NO
- ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex? SI o NO
- ¿Tuvo alguna vez el niño alguna **reacción seria** a una vacuna en el pasado? SI o NO
- ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los **pulmones**, del **corazón**, de los **riñones** o **metabólica (como diabetes)**, **asma** o un **trastorno de la sangre**? SI o NO
- ¿Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo **intususcepción**? SI o NO
- ¿El niño, uno de sus familiares han tenido convulsiones; problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso? SI o NO
- ¿Tiene el niño **cáncer**, **leucemia**, **SIDA** o algún otro problema del **sistema inmunológico**? SI o NO
- ¿En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño **cortisona**, **prednisona**, otros **esteroides** o medicamentos contra el **cáncer**, o le han hecho **tratamientos de radiación**? SI o NO
- ¿Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una **transfusión** de sangre o de productos de la sangre, o le dieron **inmunoglobulina** o **gamaglobulina** o algún **medicamento antiviral**? SI o NO
- ¿Está la niña/adolescente **embarazada** o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? SI o NO
- ¿Le aplicaron alguna **vacuna** al niño en las **últimas 4 semanas**? SI o NO
- ¿Su niño ha tenido **varicela**? Si **Mes y Año** \_\_\_\_\_ o NO

**Consentimiento:**  
 Recibí o se me ofreció una hoja con **información sobre cada vacuna (VIS)**. He contestado las preguntas de la salud Y mis iniciales abajo dice que mi niño o niña puede recibir las vacunas. Conozco los riesgos de las enfermedades que cada vacuna previene. Conozco los beneficios y riesgos que estas vacunas tienen. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades como son administradas las vacunas. Se que la persona recibiendo la vacuna la tendrá en su cuerpo para prevenir una enfermedad contagiosa. **Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.** Yo eximo de responsabilidad a Care Van® Program and Caring for Children Foundation of Texas, Inc. de cualquier y toda responsabilidad relacionada con ello.

Screeener's Signature (to verify parent/guardian responses): \_\_\_\_\_

**X**  
 ↑Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_

**Marque una:**

Medicaid     No tiene seguro     Indio Americano o Nativo Alaska     el seguro no cubre las vacanas

Está subasegurado: 1) tiene seguro médico comercial (privado), pero la cobertura no incluye las vacunas o 2) el seguro cubre solo algunas vacunas (reúne los requisitos del TVFC solo para las vacunas no cubiertos) o 3) el seguro limito la cobertura de las vacunas a cierto cantidad. Una vez alcanzada esa cantidad de cobertura, se categorizara al niño como subasegurado.

**\*\*\*Si su hijo tiene un seguro privado o CHIP no mencionado anteriormente, él/ella no es elegible para servicios\*\*\*.**

↑Date \_\_\_\_\_

↑Parentesco al Niño \_\_\_\_\_

Date Vaccine Given Date VIS Given	Padre Iniciales	Vaccine Given	Brand/Type	Lot #	Site Used (Circle Below)	VIS Date	Nurse/Admin Initials
		<b>Rotavirus</b> 6 - 32wks <i>Do not start after 15 weeks</i>	GSK		LA RA LL RL	10/30/2019	
		<b>Pediarix</b> 6wks - 6years <i>DTAP / Hep B / IPV</i>	GSK		LA RA LL RL	11/5/2015	
		<b>HIB</b> <5yrs	Sanofi		LA RA LL RL	10/30/2019	
		<b>PCV-13</b> <5yrs	Wyeth		LA RA LL RL	10/30/2019	
		<b>HEP B</b> 0-18yrs	GSK		LA RA LL RL	8/15/2019	
		<b>DT</b> 6wk-6yrs <i>Hx seizures</i>	Sanofi		LA RA LL RL	04/1/2020	
		<b>KINRIX</b> 4-6yrs <i>5th DTAP AND 4th or 5th IPV</i>	GSK		LA RA LL RL	11/5/2015	
		<b>DTAP</b> 6wk-6yrs	GSK		LA RA LL RL	5/17/2007	
		<b>IPV (Polio)</b> 6wk-17yrs	Sanofi		LA RA LL RL	7/20/2016	
		<b>MMR</b> 1-18yrs	Merck		LA RA LL RL	4/01/2020	
		<b>Varicella</b> 1-18yrs	Merck		LA RA LL RL	8/15/2019	
		<b>HEP A</b> 1-18yrs	GSK		LA RA LL RL	8/15/2019	
		<b>Td</b> <i>Hx of Seizures</i>	Sanofi		LA RA LL RL	4/01/2020	
		<b>Tdap</b> 7-18yrs	GSK		LA RA LL RL	4/01/2020	
		<b>HPV</b> 9-18y	Gardasil-9		LA RA LL RL	12/2/2016	
		<b>MCV4</b> 1 dose before age 16 <i>and one dose after 16</i>	Menactra Menveo		LA RA LL RL	8/15/2019	
		<b>Men B</b> 16-18 yrs	GSK		LA RA LL RL	8/15/2019	
		<b>Flu</b> 6 months - 18yrs			LA RA LL RL	8/15/2019	

Vaccine Administrator's Signature: \_\_\_\_\_

DFW-Form: 6-2020