



**Tdap (Tetanus, Diphtheria, and Pertussis) Whooping Cough Vaccination
Consent form (2010-2011)**

Return to your child's teacher.

Child's Last Name: _____ First Name: _____

Birthdate _____ Age _____ School site _____

The following questions will help us to determine if your child may receive the Tetanus, Diphtheria, and Pertussis Vaccine (Tdap) through the Vaccine for Children (VFC) program. Please circle a response for each question. Incomplete forms will not be accepted and therefore could prevent your child from being vaccinated through this program.

- 1. Your child is eligible for Medi-Cal or Child Health or the Disability Prevention (CHDP) Program. **True False**
- 2. Your child DOES NOT have private health insurance or receive Healthy Families Insurance **True False**
- 3. Your child is an American Indian or Alaskan Native. **True False**
- 4. Your child has no health insurance. **True False**

If you answered TRUE to any of the above questions, please complete the rest of this form. Your child is eligible to receive vaccinations through VFC.

If you did not answer true to any of the above questions, please have your child visit his/her healthcare provider or public health for a Tdap booster vaccine.

If you have question or concerns, please contact your healthcare provider.

- 5. Your child is between the ages of 10 and 18. **YES NO**
- 6. Does your child currently have any symptoms of illness: cough, runny nose, and/or diarrhea? **YES NO**
- 7. Has your child ever had Guillain-Barre syndrome (a serious nervous system disorder)? **YES NO**
- 8. Has your child ever had a brain disease, seizures and/or other active neurological disorder? **YES NO**
- 9. Has your child ever had coma, long or multiple seizures within 7 days after a dose of Tetanus/Diphtheria/Pertussis Vaccine? **YES NO**
- 10. Has your child ever had an anaphylactic-type, allergic reaction or sensitivity to components of Tetanus/Diphtheria/Pertussis, any other vaccine, to latex and or to formaldehyde? **YES NO**
- 11. Have you ever been told by your child's doctor that he/she should not receive a Tetanus/Diphtheria and /or Tetanus/Diphtheria/Pertussis Vaccine? **YES NO**

Consent for Tetanus, Diphtheria, and Pertussis (Tdap) vaccine: I have been given the CDC Vaccine Information Statement for Tetanus, Diphtheria, and Pertussis vaccine. I have read this document, and have no further questions at this time. I swear by penalty of perjury that I have answered the form correctly and to the best of my knowledge. I understand the risks and benefits of Tetanus, Diphtheria, and Pertussis vaccine. I request and voluntarily consent that the vaccine be given to my child listed above, of whom I am the parent or legal guardian. I hold harmless the school district, school site, San Joaquin County Public Health Services, and the licensed healthcare professional issuing and/or administering the vaccine. I understand the side effects and warnings of the vaccine.

Parent/Guardian Signature

Date



Consentimiento de padres para la vacuna de Tdap-Tétanos y Difteria y Tos Ferina

Apellido _____ Primer Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____

Las siguientes preguntas nos ayudará a determinar si su hijo/a es elegible y cumple con los requisitos del programa Vacunas Para Niños (VFC) que pueda recibir la vacuna en la escuela.

Por favor, haga un círculo en Si o No para cada pregunta

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. Mi hijo/a es elegible para Medi-Cal o el programa Niños Saludables & Prevención Discapacidad Programa de (CHDP) | Si | No |
| 2. Mi hijo/a <u>NO TIENE</u> seguro médico privado o seguros de Familias Saludables | Si | No |
| 3. Mi hijo/a es un Indio Americano o Nativo de Alaska | Si | No |
| 4. Mi hijo/a no tienen seguro medico | Si | No |

Si ha contestado Si a cualquiera de las preguntas anteriores, su hijo es elegible para este programa. Por favor, continuar y completar el resto de esta forma.

Los estudiantes que no son elegibles para el programa necesitan ver a su médico privada para la vacuna. Si tiene alguna pregunta o duda, póngase en contacto con su médico.

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Ha tenido alguna vez su hijo/a síndrome de Guillain-Barre (un trastorno del sistema nervioso) ¿ | Si | No |
| 2. ¿Su hijo/a jamás ha tenido una enfermedad cerebral/ o convulsiones ¿ | Si | No |
| 3. ¿ Su hijo/a nunca tuvo una reacción severa a cualquier vacuna en el pasado ¿ | Si | No |
| 4. ¿ Su hijo/a tiene alguna alergia grave¿ | Si | No |

Consentimiento para la vacuna contra el Tétanos y Difteria y Tos Ferina (Tdap): Me ha dado la declaración de información de vacunas de CDC para vacuna contra Tétanos y Difteria y Tos Ferina (Tdap). He leído este documento y no tengo más preguntas en este momento. Juro por pena de perjurio que he contestado el formulario correctamente y a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que los riesgos y beneficios de la vacuna contra el Tétanos y Difteria y Tos Ferina (Tdap). Yo solicito y doy mi consentimiento voluntariamente que la vacuna se le de a mi hijo/a enumerado anteriormente, de los cuales yo soy el padre o tutor legal. Sostengo inofensivo el distrito escolar, sitio de la escuela y las profesionales con licencia que administrara la vacuna. Entiendo que los efectos secundarios y advertencias de la vacuna.

Firma de Padre o Tutor

Fecha