



School Name: _____

PLEASE COMPLETE ALL OF THE INFORMATION BELOW – Please print using ink (Incomplete forms will not be accepted)

FIRST NAME OF STUDENT		MIDDLE INITIAL		LAST NAME OF STUDENT		SUFFIX	
GENDER: Male (M) Female (F)		Birth date (mo/day/yr)		AGE		GRADE	
ADDRESS		HOMEROOM TEACHER		MOTHER'S MAIDEN NAME			
CITY		STATE		ZIP CODE		PHONE	
EMAIL							

The current health care laws require us to bill your insurance company for the vaccine. The service is offered at no cost to you. Answers are always confidential.

MY CHILD IS ENROLLED WITH MEDICAID (VFC ELIGIBLE) (mark with an X)		MY CHILD HAS COMMERCIAL INSURANCE (NOT VFC ELIGIBLE) (mark with an X)		MEMBER ID/ POLICY NUMBER	
Aetna Better Health		Blue Cross Blue Shield		INSURANCE COMPANY NAME	
Florida Medicaid		CIGNA		POLICY HOLDER'S FIRST NAME	
Humana Medicaid		MAYO		POLICY HOLDER'S LAST NAME	
Molina Healthcare		Sunshine State Health Plan		BIRTH DATE (mo/day/yr)	
SIMPLY Healthcare		Tricare East Region			
Sunshine Centene		UMR - WAUSAU			
		United Health Care			
		Humana		MY CHILD HAS NO INSURANCE (VFC ELIGIBLE) (mark with an X)	

STUDENT RACE (mark with an X)		ETHNICITY (mark with an X)		HEALTH QUESTIONS (mark with an X)			YES	NO
African American/Black		Hispanic		Will this be the first time your child has received a flu vaccine?				
White		Non-Hispanic		Has your child ever had an adverse reaction to any vaccine in the past including Guillain Barre syndrome?				
Asian				Does your child have a blood disorder such as hemophilia or sickle cell?				
Hawaiian / Pacific Islander								
Alaskan / Native- American								
Other								

I have read the information about the vaccine and special precautions on the Vaccine Information Sheet. I am aware that I can locate the most current Vaccine Information Statement and other information at www.immunize.org or www.cdc.gov. I have had an opportunity to ask questions regarding the vaccine and understand the risks and benefits. I request and voluntarily consent for the vaccine to be given to the person listed above of whom I am the parent or legal guardian and having legal authority to make medical decisions on their behalf. I acknowledge no guarantees have been made concerning the vaccine's success. I hereby release the school system, HNH Immunizations Inc., MaxVax LLC., Health Hero of Florida and it's affiliates, subsidiaries, affiliated schools of nursing, their directors and employees from any and all liability arising from any accident or act of omission which arises during vaccination. I understand this consent is valid for 6 months and that I will make the school aware of any health changes prior to the vaccination clinic date. I acknowledge that I am giving permission for HNH Immunizations Inc. to adjudicate and appeal claims with my insurance providers on my behalf. Clinic dates can be obtained from the school. I understand that the health-related information on this form will be used for insurance billing purposes and your privacy will be protected. I approve the use of my phone number to receive health related information. I request and voluntarily consent for the vaccine to be given and recorded in state registry for the person listed above.

PARENT/GUARDIAN WITH AUTHORITY TO AUTHORIZE VACCINATIONS SIGNATURE			
FIRST NAME	LAST NAME	DATE OF SIGNATURE (mo/day/yr)	
SIGNERS DATE OF BIRTH (mo/day/yr)		RELATIONSHIP TO CHILD	

Area for Official Administration Use Only
VIS CDC IIV 08/06/2021
Lot # _____ Exp: _____
Date: _____
_____. LPN/RN/MD



IF YOU HAVE ANY HEALTH QUESTIONS,
PLEASE CONTACT YOUR CHILD'S
PEDIATRICIAN OR CALL US AT 833-432-HERO
TO SPEAK TO A REPRESENTATIVE, PLEASE SEE
WWW.HEALTHHEROUSA.COM FOR MORE
INFORMATION



MaxVax LLC
Health Hero of Florida
1028 E Silver Springs Blvd Bldg 100
Ocala, FL 34470
FL@healthherousa.com
833-432-HERO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA VACUNACIÓN (FLU)

Escanear código QR para
Información sobre vacunas
Declaración



Nombre de la Escuela _____

POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN - POR FAVOR ESCRIBA CON TINTA (NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE		INICIAL MEDIA		APELLIDO DEL ESTUDIANTE		SUFFIX	
GÉNERO Masculino (M) Femenino (F)		Fecha de nacimiento (mes/día/año)		EDAD		GRADO	
DIRECCIÓN		APELLIDO DE LA MADRE					
CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO	
EMAIL							

La legislación sanitaria vigente nos obliga a facturar la vacuna a su compañía de seguros. El servicio es gratuito. Sus respuestas son confidenciales.

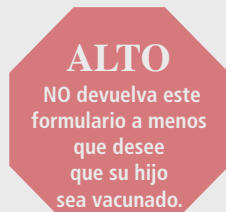
MI HIJO ESTÁ INSCRITO EN MEDICAID (VFC ELIGIBLE) (marque con una X)		MI HIJO TIENE UN SEGURO COMERCIAL (VFC NO ELIGIBLE) (marque con una X)		ID MIEMBRO / NÚMERO DE PÓLIZA	
Aetna Better Health		Blue Cross Blue Shield		COMPAÑÍA DE SEGUROS	
Florida Medicaid		CIGNA		NOMBRE TITULAR DE LA PÓLIZA	
Humana Medicaid		MAYO		APELLIDO TITULAR DE LA PÓLIZA	
Molina Healthcare		Sunshine State Health Plan		FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	
SIMPLY Healthcare		Tricare East Region			
Sunshine Centene		UMR - WAUSAU			
		United Health Care			
		Humana		MI HIJO NO TIENE SEGURO (VFC ELIGIBLE) (marque con una X)	

RAZA DEL ESTUDIANTE (marque con una X)		ETNIA (marque con una X)		PREGUNTAS DE SALUD (marque con una X)		SI	NO
Afroamericano		Hispano		¿Esta es la primera vez que su hijo reciba una vacuna antigripal?			
Blanco		No-Hispano		¿Ha tenido su hijo alguna reacción adversa a alguna vacuna en el pasado, incluido el síndrome de Guillain Barre?			
Asiático				¿Su hijo padece algún trastorno sanguíneo como hemofilia o drepanocitosis?			
Hawaiano / Isleño							
Alaska / Nativo americano							
Otros							

He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales que figuran en la Hoja de información sobre la vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración Informativa sobre Vacunas más actualizada y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que se administre la vacuna a la persona arriba mencionada de la que soy padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han dado garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero al sistema escolar, HNH Immunizations Inc, MaxVax LLC, Health Hero de Florida y sus filiales, subsidiarias, escuelas de enfermería afiliadas, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso para que HNH Immunizations Inc, adjudique y apele reclamaciones con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de las clínicas se pueden obtener en la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación del seguro y se protegerá su privacidad. Apruebo el uso de mi número de teléfono para recibir información relacionada con la salud. Solicito y consiento voluntariamente que se administre la vacuna y se inscriba en el registro estatal a la persona arriba indicada.

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR CON AUTORIDAD PARA AUTORIZAR LAS VACUNAS			
NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE LA FIRMA (mes/día/año)	
FECHA DE NACIMIENTO DE QUIEN FIRMA (mes/día/año)		RELACIÓN CON EL NIÑO	

Zona de uso exclusivo de la Administración
VIS CDC IIV 08/06/2021
Lot # _____ Exp: _____
Date: _____
_____. LPN/RN/MD



SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE SALUD,
PÓNGASE EN CONTACTO CON EL PEDIATRA
DE SU HIJO O LLÁMENOS AL
AL 833-432-HERO PARA HABLAR CON UN
REPRESENTANTE, CONSULTE
[HTTP://WWW.HEALTHHEROUSA.COM](http://WWW.HEALTHHEROUSA.COM) PARA
OBTENER MÁS INFORMACIÓN.



MaxVax LLC
Health Hero of Florida
1028 E Silver Springs Blvd Bldg 100
Ocala, FL 34470
FL@healthherousa.com
833-432-HERO