



Kings County Department of Public Health
330 Campus Drive, Hanford, CA 93230

Consent for Immunizations

Dear Parents:

The Kings County Health Department is sponsoring a vaccination program for teenagers in your child's school. Several new vaccines are now recommended by the American Academy of Pediatrics for children in this age group. These vaccines are being offered free of charge for students with full-scope Medi-Cal or \$10 for all other students..

Please review carefully the vaccine information on the website <http://www.countyofkings.com/Health/index.html>. If you want your child to be vaccinated, check the appropriate spaces below. If you do not want your child vaccinated, check # 3. Sign and date the consent form and return it to the school.

If you have any questions, please call the Health Department at 584-1401, ext. 4523, or 1-800-649-5399.

PARENT / GUARDIAN: PLEASE COMPLETE ALL OF THE FOLLOWING INFORMATION ABOUT STUDENT WHO IS TO RECEIVE THE IMMUNIZATION(S).

(PLEASE PRINT)

Student's Name Last _____ First _____		Home Address _____		
Birth date _____	Sex (circle one) Male Female	City _____	Zip Code _____	Telephone _____
Ethnic Origin (✓ one) <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Mexican Am. / Hisp. <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Other _____		Parent / Guardian Last Name _____ First _____		
		Allergies, reactions and / or problems to previous immunizations _____ _____		
Please indicate if your child has: <input type="checkbox"/> Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Insurance? / Healthy Families? <input type="checkbox"/> No coverage?				

1 I request that my child receive all needed / recommended immunizations based on my child's current record.

2 I request that my child receive **only** the following immunizations:
 Meningococcal - 1 dose needed
 Human Papillomavirus (HPV) - 3 dose series
 Tetanus, Diphtheria, and Pertussis - 1 dose needed
 Varicela (Chickenpox) - 1 dose may be needed
 Tuberculosis Skin Test (must be read within 2 - 3 days by a nurse)

The HPV vaccine is a 3-dose series. Please follow-up with your personal physician for the 2nd and 3rd doses. Or you may go to one of the regularly scheduled Health Department IZ clinics. You may be sent a postcard reminder to finish the series and ensure full immunity.

3 I do not want my child to receive any immunizations at this time.

I have read the information contained in the "Vaccine Information Statements" about the disease(s) and vaccines(s). I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I believe I understand the benefits and the risks of the vaccine(s) and request that the vaccine(s) indicated above be given to me or to the person named above for whom I am authorized to make this request.

Parent / Guardian signature _____ Date _____

To promote the physical, mental, social and environmental health of the people in Kings County



Kings County Department of Public Health

330 Campus Drive, Hanford, CA 93230

Consentimiento para Inmunizaciones (Vacunas)

Estimados Padres:

El Departamento de Salud Pública del Condado de Kings está patrocinando un programa de vacunación para estudiantes adolescentes en la escuela de su hijo(a). Muchas de las vacunas son nuevas y ahora son recomendadas por la Academia Americana de Pediatras para los niños de este grupo de edad. Estas vacunas las estamos ofreciendo gratis sin cargo para usted para estudiantes con Medi-Cal completo o \$10 para todos los estudiantes sin Medi-Cal.

Por favor revise cuidadosamente la información de las vacunas incluida en este sitio electrónico <http://www.countyofkings.com/Health/index.html>. Si usted desea que su hijo(a) reciba estas vacunas, marque las áreas indicadas abajo. Si usted no desea que su hijo(a) reciba estas vacunas marque el # 3. Firme y ponga la fecha en el área indicada en esta forma de consentimiento y regrésela a la escuela.

Si usted tiene preguntas, por favor llame al Departamento de Salud al 584-1401 Ext. 4523 o al 1-800-649-5399.

Padres o tutores favor de proveer la siguiente información acerca del estudiante que va a recibir la(s) vacuna(s).

(Por favor llene los espacios)

Nombre de el/ella Estudiante Apellido _____ Nombre _____		Domicilio _____		
Fecha de Nacimiento _____	Sexo (ponga uno en círculo) Masculino Femenino	Ciudad _____	Área Postal _____	Teléfono _____
Origen Étnico (Marque uno) <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> México Amer/Hispanico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otro _____		Padre / Tutor Apellido _____ Nombre _____		
		Alergias o problemas que su hijo(a) haya tenido con vacunas anteriores. _____ _____		
Por favor indica si tu hijo(a) tiene: <input type="checkbox"/> ¿Medi-Cal? <input type="checkbox"/> ¿Aseguranza / Healthy Families? <input type="checkbox"/> ¿No cobertura?				

1 Yo solicito que mi hijo (a) reciba todas las vacunas necesarias/recomendadas basándose en su registro actual de vacunas .

2 Yo solicito que mi hijo(a) reciba **solamente** las siguientes vacunas :

- Meningococal (Contra la Meningitis) 1 dosis necesaria
- HPV (Virus Papiloma Humano) series de 3 dosis
- Tétanos, Difteria y Tos Ferina: 1 dosis necesaria
- Varicela (Chickenpox): 1 dosis necesaria
- Prueba de piel de la tuberculosis (debe leerse en 2-3 días por una enfermera)

La vacuna HPV es una serie de 3 dosis. Por favor haga seguimiento con su medico personal para la segunda y tercera dosis. O usted puede ir a cualquiera de las clinicas de Vacunas del Departamento de Salud de horario regular. Usted podria recibir una tarjeta de recordatorio para completar las series y asegurar inmunidad completa.

3 Yo **no** deseo en este tiempo que mi hijo(a) reciba ninguna de estas vacunas.

He leído la información contenida en este paquete de declaración informativa concerniente a estas vacunas y enfermedades. Tuve oportunidad de hacer preguntas y estas fueron contestadas a mi satisfacción. Yo creo y entiendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s) indicadas arriba. Al firmar este documento yo pido y autorizo que mi hijo(a) reciba la(s) vacuna(s) indicadas arriba. Yo certifico que tengo autorización legal para decidir por el/la estudiante mencionado(a) arriba.

Firma del Padre / Guardián _____

Fecha _____

Para promover la salud física, mental, social y ambiental de la gente en Kings County