

All sections highlighted in yellow below must be completed– signature/consent must also be provided. **PLEASE PRINT**

Care Van® Program

Child's Information

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

Address: _____ **Apt#:** _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____ **County:** _____ **Phone:** _____

Child's School: _____ **Person Completing Form:** _____

How is the child eligible for free immunizations? Please check one: Medicaid No Insurance American Indian or Alaskan Native Underinsured
NOTE: Fully privately insured children are not eligible for TVFC vaccines including children with CHIP

*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.*

Has this child received services from the Care Van before? Yes No **I allow Care Van to enter my shot record into Immtac2*.** Yes No
 *We use the Immtac 2 (the Texas vaccine registry) to retain vaccination records. You need to consent that we can enter your vaccinations into the state voluntary database in order to obtain a copy of your immunization record. If no, we cannot provide any documentation of your vaccination after **today**. Additional form must be completed.

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?
 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
9. Is the child/teen pregnant? Is there a chance she could become pregnant in next month? YES NO
10. Has the Child had vaccines/shots in last 4 weeks? YES NO
11. Has the Child had Chickenpox, if so when? YES Month/Yr _____ NO

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

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® Program and Caring for Children Foundation of Texas, Inc. from any and all liability related thereto.

Print Name _____

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
		HIB <5yrs	Sanofi		LA RA LL RL	08/06/2021	
		PCV-13 <5yrs	Wyeth		LA RA LL RL	08/06/2021	
		HEP B 0-18yrs	GSK		LA RA LL RL	08/15/2019	
		DT 6wk-6yrs Hx seizures	Sanofi		LA RA LL RL	08/06/2021	
		KINRIX 4-6yrs 5th DTAP AND 4th or 5th IPV	GSK		LA RA LL RL	08/06/2021	
		DTAP 6wk-6yrs	GSK		LA RA LL RL	08/06/2021	
		IPV (Polio) 6wk-17yrs	Sanofi		LA RA LL RL	08/06/2021	
		MMR 1-18yrs	Merck		LA RA LL RL	08/06/2021	
		Varicella 1-18yrs	Merck		LA RA LL RL	08/06/2021	
		MMRV 1-18yrs	Merck		LA RA LL RL	08/06/2021	
		HEP A 1-18yrs	GSK		LA RA LL RL	07/28/2020	
		Td Hx of Seizures	Sanofi		LA RA LL RL	08/06/2021	
		Tdap 7-18yrs	GSK		LA RA LL RL	08/06/2021	
		HPV 9-18y	Gardasil-9		LA RA LL RL	08/06/2021	
		MCV4 1 dose before age 16 and one dose after 16	Menactra Menveo		LA RA LL RL	08/06/2021	
		Men B 16-18yrs	GSK		LA RA LL RL	08/06/2021	
		Flu 6 months – 18yrs			LA RA LL RL	08/06/2021	
		Rotavirus 6 - 32wks Do not start after 15 weeks	GSK		LA RA LL RL	10/13/2019	
		Pediarix 6wks - 6years DTAP / Hep B / IPV	GSK		LA RA LL RL	08/06/2021	
		Pentacel DTAP/HIB IPV	Sanofi		LA RA LL RL	08/06/2021	

Vaccine Administrator's Signature: _____

Form: CV 10-2021

Care Van® Program Por favor imprimir

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

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

↑ Escuela del niño ↑ Nombre de Madre o Padre/Guardián (Persona que llena este formulario)

Marque una: () Medicaid () No tiene seguro () Indio Americano o Nativo Alaska () el seguro no cubre las vacunas *Está subasegurado: 1) tiene seguro medicocomercial (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 cubiertas) o 3) el seguro limita 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***.*

¿Ha recibido el niño servicios de Care Van antes? () Si () No **Permito que Care Van ingrese mi registro de vacunas en Immtac2** () Si () No Usamos Immtac 2 (el registro de vacunas de Texas) para conservar copias de su registro de vacunación. Debe dar su consentimiento para que podamos ingresar sus vacunas en la base de datos voluntaria del estado para obtener una copia de su registro de vacunación. Si no, no podemos proporcionar ninguna documentación de su vacunación después de hoy. Se debe completar un formulario adicional.

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

1. ¿Esta el niño enfermo hoy? SI o NO
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex? SI o NO
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna **reacción seria** a una vacuna en el pasado? SI o NO
4. ¿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
5. ¿Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo **intususcepción**? SI o NO
6. ¿El niño, uno de sus familiares han tenido convulsiones; problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso? SI o NO
7. ¿Tiene el niño **cáncer**, **leucemia**, **SIDA** o algún otro problema del **sistema inmunológico**? SI o NO
8. ¿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
9. ¿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
10. ¿Está la niña/adolescente **embarazada** o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes? SI o NO
11. ¿Le aplicaron alguna **vacuna** al niño en las **últimas 4 semanas**? SI o NO
12. ¿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 nina 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.

Print Name _____
Parent/Guardian Signature _____
Date _____
Relationship to Child _____

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

Date Vaccine Given Date VIS Given	Padre Iniciales	Vaccine Given	Brand/T ype	Lot #	Site Used (Circle Below)	VIS Date	Nurse/Admin Initials
		HIB <5yrs	Sanofi		LA RA LL RL	08/06/2021	
		PCV-13 <5yrs	Wyeth		LA RA LL RL	08/15/2019	
		HEP B 0-18yrs	GSK		LA RA LL RL	08/06/2021	
		DT 6wk-6yrs Hx seizures	Sanofi		LA RA LL RL	08/06/2021	
		KINRIX 4-6yrs 5 th DTAP AND 4 th or 5 th IPV	GSK		LA RA LL RL	08/06/2021	
		DTAP 6wk-6yrs	GSK		LA RA LL RL	08/06/2021	
		IPV (Polio) 6wk-17yrs	Sanofi		LA RA LL RL	08/06/2021	
		MMR 1-18yrs	Merck		LA RA LL RL	08/06/2021	
		Varicella 1-18yrs	Merck		LA RA LL RL	07/28/2020	
		HEP A 1-18yrs	GSK		LA RA LL RL	08/06/2021	
		Td Hx of Seizures	Sanofi		LA RA LL RL	08/06/2021	
		Tdap 7-18yrs	GSK		LA RA LL RL	08/06/2021	
		HPV 9-18y	Gardasil-9		LA RA LL RL	08/06/2021	
		MCV4 1 dose before age 16 and one dose after 16	Menactra Menveo		LA RA LL RL	08/06/2021	
		Men B 16-18 yrs	GSK		LA RA LL RL	08/06/2021	
		Flu 6 months - 18yrs			LA RA LL RL	08/06/2021	
		Rotavirus 6 - 32wks Do not start after 15 weeks	GSK		LA RA LL RL	10/13/2019	
		Pediarix 6wks - 6years DTAP / Hen B / IPV	GSK		LA RA LL RL	08/06/2021	
		Pentacel DTAP/HIB IPV	Sanofi		LA RA LL RL	08/06/2021	

Vaccine Administrator's Signature:

Form: CV 10-2021