# SEE REVERSE SIDE TO ANSWER QUESTIONS AND SIGN CONSENT FORM

***(XIN XEM MẶT BÊN ĐỂ TRẢ LỜI CÂU HỎI VÀ KÝ GIẤY CHẤP THUẬN)***

**TEACH FLU A LESSON (TFAL) 2021**

**IMMUNIZATION CONSENT FOR FREE FLU VACCINE AT SCHOOL**

 ***(GIẤY CHẤP THUẬN CHO CHỦNG NGỪA CÚM MIỄN PHÍ TẠI TRƯỜNG)***

 **INSTRUCTIONS** ***(HƯỚNG DẪN)***

 **To get an optional no cost flu vaccine for your student:**

1. Read all of the information on this page and the Vaccine Information Statements available at your student’s school or online at [www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.pdf](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.pdf) & www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flulive.pdf
2. Answer all of the questions on the back of this consent form.
3. Sign your name at the end of the consent form.
4. Give the form to your student’s school right away.

***Để con em quý vị được chủng ngừa cúm miễn phí tùy chọn:***

1. *Vui lòng đọc tất cả thông tin trong trang này và giấy Thông tin về thuốc ngừa do nhà trường của con em quý vị cung cấp, đăng tải trên trang* [www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.pdf](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.pdf) & www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flulive.pdf *hoặc khi quý vị gọi cho trường của con em quý vị.*
2. *Trả lời tất cả các câu hỏi ở mặt sau của giấy chấp thuận này.*
3. *Ký tên ở phần cuối giấy chấp thuận.*
4. *Nộp giấy chấp thuận này cho trường của con em quý vị ngay lập tức.*

 **STUDENT INFORMATION** *(THÔNG TIN CỦA HỌC SINH)*

Student’s Name Mother’s Name

*(Tên học sinh)* First name *(Tên)* Last name *(Họ) (Tên mẹ của học sinh)* First name *(Tên)*

Date of Birth / / Age

Gender Male Female

*(Ngày sinh)* Month/Day/Year *(tháng/ngày/năm) (Tuổi) (Giới tính) (Nam) (Nữ)*

Parent/Guardian Name Email

*(Tên phụ huynh/Người giám hộ)* First name *(Tên)* Last name *(Họ) (Email)*

Home Address Zip Phone # ( )

*(Địa chỉ nhà) (Mã bưu điện) (Điện thoạ*i*)*

 **STUDENT HEALTH INSURANCE** ***(BẢO HIỂM SỨC KHỎE CỦA HỌC SINH)***

The Student has the following health insurance – **check all that apply**

*(Học sinh có loại bảo hiểm sức khỏe sau đây – đánh dấu vào tất các loại phù hợp)*

|  |  |
| --- | --- |
| **State or Federal Insurance – (VFC)**Medi-Cal:* LA Care
* Cal Optima
* HealthNet
* IEHP
* Molina
* Community Health Group
* No insurance *(Không có bảo hiểm)*
* CHDP
* Student is American Indian
* Student is Native Alaskan
 | **Private Insurance – (STATE)*** Don’t Know *(Không biết)*
* Kaiser Permanente
* Other Insurance *(Bảo hiểm khác) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

e.g. Blue Cross**Private Insurance – (KP)*** Kaiser Permanente
 |

 The **California Immunization Registry (CAIR)** is a confidential, secure computer system that makes vaccination Information available to doctors. This system is run by the California Department of Public Health. Sharing patient vaccination information with CAIR is authorized by California State law. Unless you say it’s not okay, the Public Health Department will put information about when and where your student was given a flu vaccine into CAIR.

[If you want to know more about CAIR, go to http://cairweb.org/cair-forms/.](http://cairweb.org/cair-forms/) (This website has information in many different languages).

***Sổ bộ đăng ký chủng ngừa California (California Immunization Registry, CAIR)*** *là một hệ thống máy tính an ninh và được bảo mật, cung cấp thông tin về chủng ngừa cho bác sĩ. Hệ thống này do Bộ Y tế Công cộng của tiểu bang California điều hành. Luật pháp tiểu bang California cho phép thông tin chủng ngừa của bệnh nhân được chia sẻ với CAIR. Trừ khi quý vị không đồng ý, Bộ Y tế Công cộng sẽ cho thông tin về ngày giờ và nơi con em quý vị đã được chủng ngừa cúm vào hệ thống CAIR.*

*Nếu quý vị muốn biết thông tin chi tiết về CAIR, vui lòng vào trang mạng* [*http://cairweb.org/cair-forms/*](http://cairweb.org/cair-forms/)*. (Trang này có thông tin bằng nhiều ngôn ngữ).*

 **FOR OFFICE USE ONLY** ***(PHẦN DÀNH RIÊNG CHO VĂN PHÒNG)***

Pre-screened by (Print Full Name) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vaccine Administrator (Print Full Name) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Time\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Intranasal R Deltoid L Deltoid Manufacturer & Lot #

**Is the child to be vaccinated sick today? YES NO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vaccine Source | VFC | STATE | KP |

 Student Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ School Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Student ID\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Tên học sinh) (Tên trường) (Số ID của học sinh)*

Grade Teacher Name Room #

*(Lớp) (Tên giáo viên) (Phòng số)*

**MEDICAL QUESTIONS** ***(****CÁC CÂU HỎI Y TẾ)*

All students will get the nasal spray ***unless*** our nurses recommend a flu shot based on your following answers:
(*Tất cả các học sinh sẽ được cho thuốc ngừa cúm loại xịt vào mũi* ***trừ khi*** *y tá của chúng tôi, tùy theo câu trả lời của quý vị sau đây, đề nghị là con em của quý vị nên được tiêm thuốc chủng ngừa cúm:)*

# YOU MUST ANSWER EVERY QUESTION YES NO

## (QUÝ VỊ PHẢI TRẢ LỜI TẤT CẢ CÁC CÂU HỎI) CÓ KHÔNG

1. In the past 4 weeks, has your student received any vaccines?

*Trong 4 tuần qua, con em của quý vị có được cho thuốc chủng ngừa nào không?*

If yes, which vaccine(s)?

*Nếu có, thuốc chủng ngừa gì?*

**What date(s)?**

*Vào (những) ngày nào?*

2. Does your student have a medical history that includes any of the following conditions: heart problems, lung problems, kidney disease, diabetes or other metabolic disease,

a neurological disorder, anemia, cancer, HIV/AIDS or any other immune system problem? *Con em của quý vị có bệnh sử về bệnh trạng nào sau đây không: bệnh tim, bệnh phổi, bệnh thận, bệnh tiểu đường hoặc một chứng bệnh chuyển hóa khác, rối loạn thần kinh, thiếu máu, ung thư, HIV/AIDS hoặc bệnh trạng thuộc hệ miễn dịch nào khác?*

3. In the last 12 months, has your student used an inhaler for asthma?

*Trong 12 tháng qua, con em của quý vị có dùng ống hít để trị bệnh suyễn không?*

4. Does your student take aspirin or aspirin-containing medicine every day?

*Con em của quý vị có uống aspirin hoặc thuốc có chứa aspirin mỗi ngày không?*

6. Is your student pregnant?

5. Does your student live with (or spend a lot of time with) anyone who has a severely weakened immune system? This would include for example, someone who is getting chemotherapy. *Con em của quý vị có sống với (hoặc kề cận nhiều với) người nào có hệ miễn dịch bị suy yếu nghiêm trọng không? Những trường hợp này như trường hợp người đang được điều trị bằng phương pháp hóa trị.`*

*Con em của quý vị có đang mang thai không?*

 7. Has your student ever had a severe muscle weakness called Gullain-Barré Syndrome?

*Con em của quý vị có bao giờ bị chứng bệnh yếu cơ trầm trọng gọi là Hội chứng Gullain-Barré không?*

8. Has your student ever had a serious reaction to any type of vaccine?

 *Con em của quý vị có bao giờ có phản ứng nghiêm trọng với thuốc chủng ngừa nào không?*

 9. Did you recently take influenza antiviral medicine such as:

 *Gần đây quý vị có dùng thuốc kháng vi-rút cúm như:*

 Tamiflu or Relenza (Oseltamivir or Zanamivir) in the last 48 hours? *Trong vòng 48 giờ qua?*

 Rapivab (Peramivir) in the last 5 days? *Trong vòng 5 ngày qua*?

 Xofluza (Baloxavir) in the last 17 days? *Trong vòng 17 ngày qua?*

10. Do you have Asplenia, Cochlear implants, or active CSF leaks?

 *Quý vị có bị hội chứng Asplenia (vô lách), có bộ phận cấy ghép ốc tai, hoặc rò rỉ dịch não tủy hiện hữu không?*

 **SIGNATURE AND CONSENT** ***(KÝ TÊN VÀ CHẤP THUẬN)***

 My signature below means the following:

* I understand that my student will receive either the nasal spray flu vaccine or injectable flu vaccine (a flu shot) based on the answers to the medical questions above.
* I give permission for the student whose name is listed on this form to receive flu vaccine at school.
* I have read or had explained to me the Vaccine Information Statements for the Live, Intranasal Influenza Vaccine (nasal spray) and/or the Inactivated Influenza Vaccine (flu shot).

*Việc tôi ký tên dưới đây có ý nghĩa như sau:*

* *Tôi hiểu rằng con em của tôi sẽ được cho thuốc chủng ngừa cúm dạng xịt mũi, hoặc dạng tiêm (chích ngừa) tùy theo câu trả lời cho những câu hỏi y tế ở trên.*
* *Tôi cho phép học sinh có tên trong giấy chấp thuận này được nhận thuốc chủng ngừa bệnh cúm tại trường.*
* *Tôi đã đọc Bản thông tin về thuốc chủng ngừa năm về thuốc chủng ngừa cúm sống cho vào mũi (thuốc xịt mũi) và/hoặc thuốc chủng ngừa cúm bất hoạt (thuốc ngừa cúm dạng tiêm).*

Signature Printed Name

*(Chữ ký) (Tên viết bằng chữ in)*

Date Your relationship to student Mother Father Legal guardian Other

*(Ngày) (Quan hệ với học sinh) (Mẹ) (Cha) (Người giám hộ hợp pháp) (Người khác)*