# SEE REVERSE SIDE TO ANSWER QUESTIONS AND SIGN CONSENT FORM

***(뒷면의 질문에 답하신 후 동의서에 서명하십시오)***

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

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

(무료 독감 백신 학교 단체 예방접종 동의서)

**INSTRUCTIONS** ***(안내)***

**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.

*귀댁의 자녀가 무료 독감 백신을 접종받기 원하신다면,*

1. *본 페이지 및 귀 자녀 학교 인쇄물/인터넷(*[www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flue.pdf](http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flue.pdf) *& www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flulive.pdf)/학교에 전화를 통해 얻은 백신 정보지의 모든 정보를 읽어 주십시오.*
2. *본 동의서 뒷면에 있는 모든 질문에 답해 주십시오.*
3. *동의서 끝에 서명해 주십시오.*
4. *본 서식을 즉시 학교로 보내주십시*

**STUDENT INFORMATION** ***(학생 정보)***

Student’s Name Mother’s Name

*(학생 성명)* First name *(이름)* Last name *(성) (어머니 성함)* First name *(이름)*

Date of Birth / / Age

Gender Male Female

*(생년월일)* Month/Day/Year *(월/일/년) (연령) (성별) (남성) (여성)*

Parent/Guardian Name Email

*(부모님/보호자 성함)* First name *(이름)* Last name *(성) (이메일)*

Home Address Zip Phone # ( )

*(주소) (우편번호) (전화번호)*

**STUDENT HEALTH INSURANCE** ***(학생 건강 보험)***

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

*(학생 이름으로 가입된 건강 보험에 모두 체크 표시해주십시오)*

|  |  |
| --- | --- |
| **State & Federal Insurance - (VFC)**   * No insurance *(보험 없음)*   Medi-Cal:   * LA Care * Cal Optima * HealthNet * IEHP * Molina * Community Health Group * CHDP * Student is American Indian * Student is Native Alaskan | **Private Insurance – (STATE)**   * Don’t Know *(잘 모름)* * Other Insurance *(기타)*   *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *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).

*캘리포니아 예방접종 레지스트리(California Immunization Registry, CAIR)는 기밀이 유지되는 보안 컴퓨터 시스템으로 예방접종 정보를 의사들에게 전달합니다. 이 시스템은 캘리포니아 보건국에서 운영합니다. 환자의 예방접종 정보를 CAIR과 공유하는 것은 캘리포니아 주법에 따라 승인된 행위입니다. 귀하께서 반대하시지 않으면 보건국에서는 귀 자녀가 언제, 어디서 독감 백신을 접종받았는지에 대한 정보를 CAIR에 입력합니다.*

[*CAIR에 대한 보다 자세한 정보는 http://cairweb.org/cair-forms/를 방문하십시오.*](file:///\\cs.msds.kp.org\SCAL\wdh\Userdir18\Z062488\MyDocs\Teach%20Flu%20A%20Lesson\Consent\CAIR에%20대한%20보다%20자세한%20정보는%20http:\cairweb.org\cair-forms\를%20방문하십시오.) *(이 웹사이트는 다양한 언어로 정보를 제공합니다).*

**FOR OFFICE USE ONLY** ***(관계자 기록란)***

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VFC | STATE | KP |

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

*(학생 성명)* (학교 이름) (학생 ID)

Grade Teacher Name Room #

*(학년) (교사 성명) (학급#)*

**MEDICAL QUESTIONS** ***(의학적 질문)***

All students will get the nasal spray ***unless*** our nurses recommend a flu shot based on your following answers: *(다음 질문에 대한 답변을 근거로 저희 간호사가 독감 예방주사를 권고하지 않는 한 모든 학생은 비강 분무 방식으로 접종받게 됩니다:)*

# YOU MUST ANSWER EVERY QUESTION YES NO

## (반드시 모든 질문에 답해주셔야 합니다) 예 아니요

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

*지난 4주간 귀 자녀가 백신을 접종받은 적이 있습니까?*

If yes, which vaccine(s)?

*접종받은 적이 있다면 어떤 백신(들)입니까?*

**What date(s)?**

*접종 일자(들)는* *언제입니까?*

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? *귀 자녀는 심장 문제, 폐 문제, 신장 질환, 당뇨병이나 다른 대사 질환,*

*신경학적 질환, 빈혈, 암, HIV/AIDS 또는 기타 면역계 문제의 병력이 있습니까?*

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

*지난 12개월간 귀 자녀가 천식으로 흡입제를 사용한 적이 있습니까?*

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

*귀 자녀는 아스피린 또는 아스피린 함유 약물을 매일 복용합니까?*

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.  *귀 자녀는 면역기능이 심하게 약화된 사람과 함께 살거나 많은 시간을 보냅니까? 여기에는 예를 들어 항암화학요법을 받는 사람 등이 포함됩니다*

6. Is your student pregnant?

*귀 자녀는 임신 중입니까?*

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

*귀 자녀는 기엥-바레 증후군이라는 중증 근력 약화를 보인 적이 있습니까?*

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

*귀 자녀는 백신에 심한 반응을 보인 적이 있습니까?*

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

*최근에 다음과 같은 독감 항바이러스 약을 복용하였습니까:*

Tamiflu or Relenza (Oseltamivir or Zanamivir) in the last 48 hours? *지난 48시간이내?*

Rapivab (Peramivir) in the last 5 days? *지난 5일 이내*?

Xofluza (Baloxavir) in the last 17 days? *지난 17일 이내?*

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

*비자 결손, 달팽이관 이식 또는 진행성 뇌척수액 누출이 있습니까?*

**SIGNATURE AND CONSENT** ***(서명 및 동의)***

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).

*본인은 아래 서명함으로써 다음 사항을 확인합니다.*

* *본인은 상기 의학적 질문에 대한 답변을 근거로 본인의 자녀가 비강 분무형 독감 백신 또는 주사형 독감 백신을 접종받게 된다는 사실을 알고 있습니다.*
* *본인은 본 서식에 성명이 기재된 본인의 자녀가 학교에서 독감 백신을 접종받도록 허락합니다.*
* *본인은 비강내 인플루엔자 생백신(비강 분무형) 및/또는 불활성화 인플루엔자 백신(독감 예방주사)에 대한 백신 정보 안내문을 읽거나 설명들었습니다.*

Signature Printed Name

*(서명) (성명(정자))*

Date Your relationship to student Mother Father Legal guardian Other

*(일자) (학생과의 관계) (어머니) (아버지) (법적 후견인) (기타)*