

**COUNTY OF MARIN HEALTH AND HUMAN SERVICES CONSENT FORM**

(Greeted)

Name/Nombre: \_\_\_\_\_  
 Last (Apellido)                      First (Primer Nombre)                      Middle (Segundo Nombre)

Date of Birth (Month/Day/Year): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Age: \_\_\_\_      Male/Masculino   
 (Fecha de Nacimiento)                      (Mes)      (Día)      (Año)                      (Edad)                      Female/Femenino

Address: \_\_\_\_\_  
 (Dirección)      Street (Calle)      Apt. # (Número del apartamento)      Name of School (nombre de la escuela)

\_\_\_\_\_  
 City (Ciudad)                      Zip (código postal)                      Emergency Phone (número de teléfono de emergencia)

Insurance/Aseguranza Medica: \_\_\_\_\_

Print Guardian Name (Escriba con letras de molde el nombre y apellido del tutor):  
 Name/Nombre \_\_\_\_\_

I have read the County of Marin Privacy Practices and the information about the California Immunization Registry (CAIR). (Download at <http://www.marincounty.org/tdap> or available at clinic). I have been given a copy and have read or had explained to me the Centers for Disease Control & Prevention (CDC) Vaccination Information Statements (VIS) for the Tdap vaccine I am requesting for my child. (Download at <http://www.marincounty.org/tdap> or available at clinic). I understand the risks and benefits, and hereby give consent to Marin County to administer the vaccine to the above named patient.

*He leído una copia de notificación de prácticas de privacidad del Condado de Marin y la información sobre el Registro de la Inmunización de California. (En el Internet a <http://www.marincounty.org/tdap> o en la clínica). He recibido y he leído o me han explicado (VIS) preparada por Los Centros Para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) acerca de la(s) vacuna Tdap que estoy solicitando para mi niño(a). (En el Internet a <http://www.marincounty.org/tdap> o en la clínica). Entiendo los riesgos y beneficios y le doy permiso al Condado de Marin para administrar todas la/las vacuna al paciente indicado arriba.*

Parent or Guardian Signature (Firma del Padre o Encargado/a)

Date (Fecha)

Screening Questionnaire for Child and Teen Immunization Cuestionario de selección para vacunas de niños y adolescentes		
	Yes/Sí	No
1. Is the child sick today? <i>¿Esta el/la niño(a) enfermo(a) hoy?</i>		
2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex? <i>¿El/La niño(a) es alérgico(a) algún medicamento, alimento, o algún componente de las vacunas, o al látex?</i>		
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? <i>¿Tuvo alguna vez el/la niño(a) alguna reacción seria por una vacuna en el pasado?</i>		
4. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problems? <i>¿El/La niño(a), o uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido el/la niño(a) problemas del cerebro u otro problema del sistema nervioso?</i>		
5. Is the teen pregnant? <i>¿Está la adolescente embarazada?</i>		

For Nurse Only (Para el uso de la enfermera solamente)

	Vaccine Type	Lot # / Exp. Date	Site	Dose/Route	Admin. by / Date	VIS Date
<input type="checkbox"/>	Sanofi/Adacel	C3899AA/11/9/13	R / L Deltoid	0.5 ml IM		1/24/2012
<input type="checkbox"/>	Sanofi/Adacel	C3900AA/11/30/13	R / L Deltoid	0.5 ml IM		1/24/2012
<input type="checkbox"/>	Sanofi/Adacel	C3489AA/7/15/12	R / L Deltoid	0.5 ml IM		1/24/2012

(Exit)