

Care Van® Program – Irving Independent School District

Child's Name

First: _____ **Middle:** _____ **Last:** _____ **Birth Date:** _____ **Age:** _____
MM / DD / YYYY

Gender: M or F **Child's School:** _____ **IISD Student ID** _____

Please check only 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 (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.

SCREENING QUESTIONS : Parent/Guardian answer Yes or No for child

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 child have health problems with lung, heart, kidney or metabolic disease?	Yes	NO
5. Has the child had a seizure or brain disorder? Any family history of seizures?	Yes	NO
6. Does the child have cancer, leukemia, AIDS or any other immune system problem?	Yes	NO
7. In the past 3 months, has the child taken cortisone, prednisone, or other steroids or anti-cancer drugs or had radiation treatments?	Yes	NO
8. 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 of pregnancy in next month?	Yes	NO
10. Has the child had vaccines/shots in the last 4 weeks?	Yes	NO
11. Has the child had the Chickenpox virus? Date: MM__DD__YR____		NO

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. 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 vaccine and how the vaccines are given. I know 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 to the child named above. I release and hold harmless Care Van Program, Caring for Children Foundation and Irving Independent School District from any and all liability related thereto.

X _____
Parent/Guardian signature

Print name: _____

Fecha: _____

OFFICE USE ONLY
 Nurse/Screeners Signature

Date Given	Par Init	Vaccine Name	Vaccine Lot #	Site (Circle)	VIS	RN Init
		Pediarix 6wks-6yrs Dtap/HepB/IPV 1 st 3 doses		LA RA LL RL	Yes	
		HIB < 5yr		LA RA LL RL	Yes	
		PCV <5yr		LA RA LL RL	Yes	
		INFANRIX (Dtap) 6wk-6yr		LA RA LL RL	Yes	
		KINRIX (Dtap/IPV) 4-6yr 4 th dose IPV, 5 th dose Dtap		LA RA LL RL	Yes	
		Td 7yr up or Hx of seizures		LA RA LL RL	Yes	
		HEP A 1-18yr		LA RA LL RL	Yes	
		HEP B 0-18yr		LA RA LL RL	Yes	
		IPV (Polio) 6wk – 17yrs		LA RA LL RL	Yes	
		MMR 1-18yrs		LA RA LL RL	Yes	
		MMRV 1-12 yrs		LA RA LL RL	Yes	
		Varicella 1-18yr		LA RA LL RL	Yes	
		Tdap 7-18 yr		LA RA LL RL	Yes	
		MCV4 Meningococcal		LA RA LL RL	Yes	
		HPV 9-15yr 2 doses, 16-18yr 3 doses		LA RA LL RL	Yes	
		MEN B 16-18yr old		LA RA LL RL	Yes	
		FLU 6mon – 18yrs		LA RA LL RL	Yes	

Vaccine Administrator Signature:
 920-CV-Form Rev1/2025

Care Van® Program – Irving Independent School District

Información del niño

Primer: _____ **Segundo:** _____ **Apellido:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Edad:** _____
 MM / DD / YYYY

Genero: M or F **Escuela del niño:** _____ **IISD numero de estudiante:** _____

Marque una:

Medicaid No tiene seguro Indio Americano o Alaskan Native el seguro no cubre las vacunas

Si su hijo tiene un seguro privado o CHIP no mencionado anteriormente, él/ella no es elegible para servicios* Está subasegurado: 1) tiene seguro médico comercial (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 cubiertos) o 3) el seguro limita la cobertura de las vacunas a cierto cantidad. Una vez alcanzada esa cantidad de cobertura, se categorizará al niño como subasegurado.

Preguntas de la salud de el estudiante: Por favor marque Si o No

1. ¿Esta el niño enfermo hoy?	SI	NO
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	SI	NO
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	SI	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	NO
5. ¿El niño, uno de sus familiares han tenido convulsiones; problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	SI	NO
6. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	SI	NO
7. ¿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	NO
8. ¿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	NO
9. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el proximo mes?	SI	NO
10. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	SI	NO
11. ¿Su niño ha tenido el virus de varicela? SI Fecha: Mes ___ día ___ Año _____		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 tendra 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, Caring for Children Foundation of Texas. Inc. y Irving Independent School District de cualquier y toda responsabilidad relacionada con ello.

X _____
Firma de Padre/Guardian

Nombre escrito a mano

Fecha: _____

OFFICE USE ONLY
 Nurse/Screener Signature

Date Given	Par Init	Vaccine Name	Vaccine Lot #	Site (Circle)	VIS	RN Init
		Pediarix 6wks-6yrs Dtap/HepB/IPV 1 st 3 doses		LA RA LL RL	Yes	
		HIB < 5yr		LA RA LL RL	Yes	
		PCV <5yr		LA RA LL RL	Yes	
		INFANRIX (Dtap) 6wk-6yr		LA RA LL RL	Yes	
		KINRIX (Dtap/IPV) 4-6yr 4 th dose IPV, 5 th dose Dtap		LA RA LL RL	Yes	
		Td 7yr up or Hx of seizures		LA RA LL RL	Yes	
		HEP A 1-18yr		LA RA LL RL	Yes	
		HEP B 0-18yr		LA RA LL RL	Yes	
		IPV (Polio) 6wk – 17yrs		LA RA LL RL	Yes	
		MMR 1-18yrs		LA RA LL RL	Yes	
		MMRV 1-12 yrs		LA RA LL RL	Yes	
		Varicella 1-18yr		LA RA LL RL	Yes	
		Tdap 7-18 yr		LA RA LL RL	Yes	
		MCV4 Meningococcal		LA RA LL RL	Yes	
		HPV 9-15yr 2 doses, 16-18yr 3 doses		LA RA LL RL	Yes	
		MEN B 16-18yr old		LA RA LL RL	Yes	
		FLU 6mon – 18yrs		LA RA LL RL	Yes	

Vaccine Administrator Signature:
 920-CV-Form Rev1/2025 KBRN