



An Affiliate of **MERCYONE**

Community Health
Kossuth Regional Health Center
1515 S. Phillips Street
Algona, IA 50511

Phone: 515.295.4430

Fax: 515.295.4408

www.krhc.com

Parent/Guardian:

This year, as in the past, Community Health at KRHC, will be bringing the flu vaccine to the schools when it becomes available. Flu shots will be the only vaccine available. A note will be sent home with your child the day he or she receives the vaccine.

If you want your child to receive the flu vaccine at school, the following must be returned to the school by September 18, 2025:

- * Influenza Vaccine Consent Form
- * Copy of your insurance card (front and back)

****** *The Consent Form and Vaccine Information Sheet are available on your school's website or at the school office. If you need the Consent Form and Vaccine Information Sheet sent home with your child, please notify the school office.*

PATIENT INFORMATION about the person receiving the vaccine. Please print clearly.

LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE INITIAL	DATE OF BIRTH	GRADE
MAILING ADDRESS			AGE	GENDER M F
CITY	STATE	ZIP	PHONE NUMBER	

PARENT/LEGAL GUARDIAN INFORMATION (if patient is under age 18) OR Insurance Policy Holder Information

LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE INITIAL	DATE OF BIRTH
MAILING ADDRESS (if different than child's address)			
CITY	STATE	ZIP	PHONE NUMBER

MEDICAL INFORMATION about the person receiving the vaccine

Please mark YES or NO for each question.	YES	NO
Does the person receiving the vaccine have a serious allergy to eggs?		
Has the person receiving the vaccine ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?		
Has the person receiving the vaccine ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness)?		

CHECK ONE to indicate how you will pay for the influenza vaccine:

- ☐ I have no insurance.
☐ My insurance does not cover immunizations.
☐ Children ages 6 months to 18 years can receive vaccine through the VFC (Vaccines for Children) program. Administrative fee of \$19 is requested. Adults, age 19 and older, need to self-pay.
☐ I have current Medicaid/MCO coverage. ***I know that I am required to have my Title 19 card (or a copy) with me at the time I receive the flu vaccine.***
☐ I have verified that my health insurance covers flu vaccine. I know that I am required to have my health insurance card (or a copy) with me at the time I receive my flu vaccine and will receive a bill for cost/co-pay of vaccine if insurance does not pay.
☐ Employer Pay. Name of company: _____ Address of Company: _____

CONSENT TO RECEIVE INFLUENZA VACCINE

By signing below, I GIVE CONSENT to Community Health/KRHC and its staff to vaccinate my child or myself. I acknowledge that the information above is correct. I understand that if my child is under the age of 9, they may need a second dose of this vaccine. I understand that this vaccine may cause flu-like symptoms in some people and in rare incidents Guillain-Barré Syndrome. I accept responsibility for seeking medical attention for any problems with the vaccination. I have had the opportunity to review the Influenza Vaccine Information Statement. I have had the chance to ask questions, which were answered to my satisfaction. I authorize billing of this vaccination to my health insurance and if my health insurance does not pay, I will accept full financial cost for the vaccination.

SIGNATURE: _____ DATE: _____
 (Person receiving vaccine or parent/legal guardian)

FOR CLINIC USE ONLY:

Date	Vaccine	Route/Dose/Site	Lot # & Expiration Date	Name & Title of Vaccine Administrator & Date
	☐ Fluzone (6 mo – 49 yrs) ☐ Flublock (50 yrs – 64 yrs) ☐ High Dose (65+ yrs)	IM 0.5 ml RT LT IM 0.5 ml RD LD		

Is this a child who needs dose #2? If so, stress importance of dose 2 and give instruction sheet on how to obtain the second dose.



An Affiliate of **MERCYONE**

Salud Comunitaria
Centro de Salud Regional de
Kossuth
1515 Calle S. Phillips
Algona, IA 50511

Teléfono: 515.295.4430
Facha: 515.295.4408

www.krhc.com

Padre/Tutor:

Este año, como en el pasado, Community Health en KRHC, llevará la vacuna contra la gripe a las escuelas cuando esté disponible. Las vacunas contra la gripe serán la única vacuna disponible. Se enviará una nota a casa con su hijo el día que reciba la vacuna.

Si desea que su hijo reciba la vacuna contra la influenza en la escuela, lo siguiente debe ser devuelto a la escuela antes del 18 de septiembre de 2025:

- * Formulario de consentimiento de la vacuna contra la influenza
- * Copia de su tarjeta de seguro (anverso y reverso)

**** El Formulario de Consentimiento y la Hoja de Información sobre Vacunas están disponibles en el sitio web de su escuela o en la oficina de la escuela. Si necesita el Formulario de consentimiento y la Hoja de información sobre vacunas enviados a casa con su hijo, por favor notifique a la oficina de la escuela.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE sobre la persona que recibe la vacuna. Por favor, imprima claramente.

APELLIDO NOMBRE SEGUNDO INICIAL			FECHA DE NACIMIENTO	GRADO
DIRECCIÓN POSTAL			Edad	GÉNERO M F
CIUDAD	ESTADO	Cremallera	NÚMERO DE TELÉFONO	

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES (si el paciente es menor de 18 años) O Información del titular de la póliza de seguro

APELLIDO NOMBRE SEGUNDO INICIAL			FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente a la dirección del niño)			
CIUDAD	ESTADO	Cremallera	NÚMERO DE TELÉFONO

INFORMACIÓN MÉDICA sobre la persona que recibe la vacuna

Por favor, marque SÍ o No para cada pregunta.	Sí	No
¿La persona que recibe la vacuna tiene una alergia grave a los huevos?		
¿La persona que recibe la vacuna alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna previa contra la gripe?		
¿La persona que recibe la vacuna alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal)?		

VERIFIQUE UNO para indicar cómo pagará la vacuna contra la influenza:

- ☐ I no tienen seguro.
☐ Mi seguro no cubre las vacunas.
☐ Niños de 6 meses a 18 años pueden recibir la vacuna a través del programa VFC (Vacunas para Niños). Se solicita una tarifa administrativa de \$ 19. Los adultos, mayores de 19 años, necesitan pagar por sí mismos.
☐ I tienen cobertura actual de Medicaid/MCO. **Sé que debo tener mi tarjeta de Título 19 (o una copia) conmigo en el momento en que reciba la vacuna contra la gripe.**
☐ I haber verificado que mi seguro de salud cubre la vacuna contra la gripe. Sé que debo tener mi tarjeta de seguro de salud (o una copia) conmigo en el momento en que reciba mi vacuna contra la influenza y recibiré una factura por el costo / copago de la vacuna si el seguro no paga.
☐ Empleador Paga. **Nombre de la empresa:** _____ **Dirección de la empresa:** _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

Al firmar a continuación, DOY MI CONSENTIMIENTO a Community Health/ KRHC y su personal para vacunar a mi hijo o a mí mismo. Reconozco que la información anterior es correcta. Entiendo que si mi hijo es menor de 9 años, es posible que necesite un segundo dosis de esta vacuna. Entiendo que esta vacuna puede causar síntomas similares a los de la gripe en algunas personas y en incidentes raros Síndrome de Guillain-Barré. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema con la vacunación. He tenido la oportunidad de revisar la Declaración de Información sobre la Vacuna contra la Influenza. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, que fueron respondidas a mi satisfacción. Autorizo la facturación de esta vacunación a mi seguro de salud y si mi seguro de salud no paga, aceptaré el costo financiero total de la vacunación.

FIRMA: _____ **Fecha** _____

(Persona que recibe la vacuna o padre/tutor legal)

FOR CLINIC USE ONLY:

Date	Vaccine	Route/Dose/Site	Lot # & Expiration Date	Name & Title of Vaccine Administrator & Date
	☐ Fluzone (6 mo – 49 yrs) ☐ Flublock (50 yrs – 64 yrs) ☐ High Dose (65+ yrs)	IM 0.5 ml RT LT IM 0.5 ml RD LD		

Is this a child who needs dose #2? If so, stress importance of dose 2 and give instruction sheet on how to obtain the second dose.

Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): *What you need to know*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. Why get vaccinated?

Influenza vaccine can prevent influenza (flu).

Flu is a contagious disease that spreads around the United States every year, usually between October and May. Anyone can get the flu, but it is more dangerous for some people. Infants and young children, people 65 years and older, pregnant people, and people with certain health conditions or a weakened immune system are at greatest risk of flu complications.

Pneumonia, bronchitis, sinus infections, and ear infections are examples of flu-related complications. If you have a medical condition, such as heart disease, cancer, or diabetes, flu can make it worse.

Flu can cause fever and chills, sore throat, muscle aches, fatigue, cough, headache, and runny or stuffy nose. Some people may have vomiting and diarrhea, though this is more common in children than adults.

In an average year, **thousands of people in the United States die from flu**, and many more are hospitalized. Flu vaccine prevents millions of illnesses and flu-related visits to the doctor each year.

2. Influenza vaccines

CDC recommends everyone 6 months and older get vaccinated every flu season. **Children 6 months through 8 years of age** may need 2 doses during a single flu season. **Everyone else** needs only 1 dose each flu season.

It takes about 2 weeks for protection to develop after vaccination.

There are many flu viruses, and they are always changing. Each year a new flu vaccine is made to protect against the influenza viruses believed to be likely to cause disease in the upcoming flu season.

Even when the vaccine doesn't exactly match these viruses, it may still provide some protection.

Influenza vaccine **does not cause flu**.

Influenza vaccine may be given at the same time as other vaccines.

3. Talk with your health care provider

Tell your vaccination provider if the person getting the vaccine:

- Has had an **allergic reaction after a previous dose of influenza vaccine**, or has any **severe, life-threatening allergies**
- Has ever had **Guillain-Barré Syndrome** (also called "GBS")

In some cases, your health care provider may decide to postpone influenza vaccination until a future visit.

Influenza vaccine can be administered at any time during pregnancy. People who are or will be pregnant during influenza season should receive inactivated influenza vaccine.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting influenza vaccine.

Your health care provider can give you more information.



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

4. Risks of a vaccine reaction

- Soreness, redness, and swelling where the shot is given, fever, muscle aches, and headache can happen after influenza vaccination.
- There may be a very small increased risk of Guillain-Barré Syndrome (GBS) after inactivated influenza vaccine (the flu shot).

Young children who get the flu shot along with pneumococcal vaccine (PCV13) and/or DTaP vaccine at the same time might be slightly more likely to have a seizure caused by fever. Tell your health care provider if a child who is getting flu vaccine has ever had a seizure.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

5. What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call 9-1-1 and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at www.vaers.hhs.gov or call 1-800-822-7967. *VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff members do not give medical advice.*

6. The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines. Claims regarding alleged injury or death due to vaccination have a time limit for filing, which may be as short as two years. Visit the VICP website at www.hrsa.gov/vaccinecompensation or call 1-800-338-2382 to learn about the program and about filing a claim.

7. How can I learn more?

- Ask your health care provider.
- Call your local or state health department.
- Visit the website of the Food and Drug Administration (FDA) for vaccine package inserts and additional information at www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Call 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) or
 - Visit CDC's website at www.cdc.gov/flu.



DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): *Lo que necesita saber*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la influenza puede prevenir la influenza (gripe).

La **gripe** es una enfermedad contagiosa que se propaga cada año en Estados Unidos, generalmente entre octubre y mayo. Aunque cualquiera puede contraer la gripe, es más peligrosa para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, personas de 65 años o más, embarazadas y las personas con ciertas enfermedades o sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe.

La neumonía, bronquitis, infecciones sinusales e infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarla.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolor muscular, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Aunque algunas personas podrían tener vómito y diarrea, esto es más frecuente en niños que en adultos.

En un año promedio, **miles de personas mueren por influenza en Estados Unidos** y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene cada año millones de casos de la enfermedad y visitas al médico relacionadas con la gripe.

2. Vacuna contra la influenza

Los CDC recomiendan que todas las personas de 6 meses o más se vacunen en cada temporada de gripe. **En niños de 6 meses a 8 años**, se podrían necesitar 2 dosis durante una sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se produce una nueva vacuna contra la gripe, para proteger contra los virus de la influenza que se cree que probablemente causen enfermedad en la temporada venidera de gripe. Incluso si la vacuna no coincide exactamente con estos virus, todavía brindaría cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **Guillain-Barré Syndrome** (también llamado “GBS”)

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza hasta una visita futura.

La vacuna contra la gripe se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo. Las personas que están o estarán embarazadas durante la temporada de influenza deben recibir la vacuna inactivada contra la influenza.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad



moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Podría haber dolor, enrojecimiento e hinchazón en el sitio de la inyección, fiebre, dolor muscular y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Es posible un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el Guillain-Barré Syndrome (GBS) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben juntas la vacuna contra la gripe y la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP podrían tener probabilidades levemente mayores de convulsiones causada por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si un niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido convulsiones alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al 9-1-1 y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al 1-800-822-7967. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

6. Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en www.hrsa.gov/vaccinecompensation o llame al 1-800-338-2382 para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
 - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
 - Visite el sitio web de los CDC en www.cdc.gov/vaccines.

