

CONSENT FORMS
(ENGLISH, SPANISH, HAITIAN CREOLE)



UNIVERSITY OF MIAMI
MILLER SCHOOL
of MEDICINE

Dear Parent,

Miami-Dade County Public Schools has joined in collaboration with the University of Miami's Pediatric Mobile Clinic to provide required immunizations to your child. To receive this service, **please complete the information below and sign at the bottom.** This service will be free of charge.

Student Information

First name: _____ Last Name: _____ Birth Date: Month: _____ Day _____ Year _____

Race White Black Other Ethnicity Hispanic Non-Hispanic Haitian-Creole Gender Female Male

Parent/ Guardian (Emergency Contact)

Full Name: _____ Relationship to patient: _____

Phone Numbers: Home _____ Cell: _____

Address _____

VACCINE INFORMATION AND CONSENT

Your child may need immunizations which will be administered on the mobile clinic. As with any medicine, vaccines have a small risk of side effects. Potential side effects associated with each vaccine as reported by the Centers for Disease Control (CDC) can be found through vaccine information statements listed on the following website: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>. We administer the following recommended vaccines:

- Diphtheria, Tetanus, and Pertussis (DTaP)
- Chickenpox (Varicella)
- Haemophilus Influenza Type B (Hib)
- Measles, Mumps, and Rubella (MMR)
- Pneumococcal Vaccine
- Hepatitis A or B
- Polio (IPV)
- Tetanus and Diphtheria (Td) or Tetanus, Diphtheria, and Pertussis (Tdap)
- Influenza
- Meningococcal
- HPV
- COVID-19

****NOTE: ALL REQUIRED AND RECOMMENDED VACCINATIONS WILL BE GIVEN UNLESS OTHERWISE SPECIFIED BY THE PARENT OR GUARDIAN.**

CONSENT BY PARENT OR GUARDIAN TO VACCINATE THE STUDENT

I, the parent or guardian of _____, agree for my child to receive the required / recommended vaccinations. By signing this University of Miami consent to treatment form, I acknowledge that these vaccinations will be provided to my child without limitation. If I do not wish to have specific vaccines for my child, I will indicate below.

I would like to opt out of the following vaccines for my child: _____

I authorize the University of Miami to contact me to contribute to Public Health Research projects Yes No

Parent/Guardian Signature Parent/Guardian Name (Print) Parent/Guardian Signature Parent/Guardian Name Signature Date

For further information contact Pediatric Mobile Clinic at 305-243-6407. All vaccinations will be recorded in the Florida SHOTS registry.

Estimados Padres,

Las escuelas del Condado de Miami-Dade se han unido en colaboración con la Clínica Pediátrica Móvil de la Universidad de Miami para proveer las vacunas requeridas para registrarse y permanecer en la escuela. **Para recibir este servicio por favor complete y firme esta forma. Este servicio es completamente gratuito.**

Información sobre el Estudiante

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Raza Blanco Negro Otro

Etnicidad Hispano No-Hispano Haitiano-Creol

Padres / Guardianes (Contacto de Emergencia)

Nombre / Apellido: _____ Relación con el paciente: _____

Números de Teléfono: Casa _____ Celular: _____

Dirección _____

INFORMACION DE VACUNAS Y CONSENTIMIENTO

Su hijo/hija necesita vacunas que serán administradas en la clínica móvil. Como con cualquier medicamento, vacunas tienen un riesgo mínimo de efectos secundarios. Información sobre efectos secundarios que se pueden presentar con cada vacuna, y reportados por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) se pueden encontrar en la siguiente pagina web: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>. La clínica móvil provee las siguientes vacunas:

- Difteria, Tétanos y Tos Ferina (DTaP)
- Varicela
- Gripe hemofílica tipo B (Hib)
- Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)
- Vacuna Antineumocócica
- Hepatitis A o B
- Polio (IPV)
- Tétanos y Difteria (Td) o Tétanos, Difteria, y Tos Ferina (Tdap)
- Influenza
- Meningococo
- HPV
- COVID-19

****NOTA: TODAS LAS VACUNAS REQUERIDAS Y RECOMENDADAS SERAN ADMINISTRADAS A MENOS DE QUE LOS PADRES/GUARDIANES INDIQUEN DE OTRA MANERA.**

CONSENTIMIENTO POR EL PADRE O GUARDIAN PARA VACUNAR AL ESTUDIANTE

Yo, el padre/madre o guardián de _____, autorizo que mi hijo/hija reciba las vacunas requeridas / recomendadas. Al firmar este formulario de consentimiento de la Universidad de Miami para el tratamiento, reconozco que estas vacunas se proporcionarán a mi hijo sin limitación. Si no deseo tener vacunas específicas para mi hijo, lo indicaré a continuación.

Me gustaría optar por no recibir las siguientes vacunas para mi hijo/hija: _____

Yo autorizo la Universidad de Miami a contactarme para futuras oportunidades de investigación _____

Nombre del padre/guardián (impresión)

Nombre del padre/guardián (firma)

Fecha

Chè paran,

Lekòl Leta Miami-Dade County mete ansanm an kolaborasyon ak Klinik Mobil Pedyatrik University of Miami pou bay pitit ou Vaksinyasyon obligatwa yo. Pou resevwa sèvis sa a, tanpri ranpli enfòmasyon ki anba a epi siyen anba. Sèvis sa a se gratis.

Enfòmasyon sou Elèv yo

Premye Non: _____ Siyati: _____ Dat nesans: Mwa: _____ Jou _____ Ane _____

Kous Blan Noua Lot

Etnikite Panik ki pa ispanik Kreyasyon Ayisyen

Paran/ Gadyen (Kontak Ijans)

Non Konplè: _____ Relasyon ak pasyan an: _____

Nimewo Telefòn: Lakay _____ Selil: _____

Adres _____

ENFOMASYON SOU VAKSEN AK KONSANTMAN

Pitit ou a bezwen vaksinyasyon ki pral administre nan klinik mobil lan. Menm jan ak nenpòt medikaman, vaksen yo gen yon ti risk pou yo gen efè segondè. Efè segondè potansyèl ki asosye avèk chak vaksen jan yo rapòte pa Sant pou Kontwòl Maladi (CDC) ka jwenn nan deklarasyon enfòmasyon sou vaksen ki nan lis sou sit entènèt sa a. <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>. Nou administre vaksen sa yo rekòmande:

- Difteri, tetanòs, ak koklich (DTaP)
- Varisèl (Varisèl)
- Haemophilus Grip Kalite B (Hib)
- Lawoujòl, malmouton, ak ribeyòl (MMR)
- Vaksen Pneumococcal
- Epatit A oswa B
- Polyo (IPV)
- tetanòs ak difteri (Td) oswa tetanòs ak difteri ak koklich (TDaP)
- Grip
- Menengokòk
- HPV
- COVID-19 *

**Remak: TOUT VAKSINASYON KI OBLIGATWA AK REKÒMAMANDE YO NAP BAY SI OU MENM PARAN OSWA GADYEN AN PA ESPESIFYE.

KONSANTMAN PARAN OSWA GADYEN POU VAKSINEN ELÈV LA

Mwen, paran oswa gadyen legal la, _____, mwen dakò pou pitit mwen an resevwa vaksen yo made/ rekòmande yo.

Le mwen siyen fòm konsantman inivèsite Miami sa a pou tretman, mwen rekònet ke yo pral bay pitit mwen vaksinyasyon sa yo san limit. Si mwen pa vle gen vaksen espesifik pou pitit mwen an, mwen pral endike sa anba a.

Mwen ta renmen patisipe nan vaksen sa yo pou pitit mwen an _____ |

Mwen otorize University of Miami pou kontakte mwen pou nenpòt ki opotinite rechèch nan lavni: _____

Siyati Paran/Gadyen (Print)

Siyati Paran/Gadyen

Dat