Flu Clinic returns

Hello and welcome back! I wanted to share information about our upcoming Flu Vaccine Clinic. This is a COMPLETELY Voluntary program to assist families in getting their children vaccinated against seasonal Flu.

If it is something you would like to have for your child , fill out the permission form attached and return to the school nurse by 10/7.

Thank you Mrs Wallace, School Nurse



Parental Consent Form MUST BE RETURNED BY Friday 10/7

Dear parent or guardian,

Working with the Dover Area School District, Health Hero PA is pleased to start our flu vaccination clinics located in school 2022. The flu is one of the main vaccine-preventable diseases. According to the CDC, 25 to 50 million cases are reported each year in the United States. They lead to hundreds of thousands of hospitalizations and tens of thousands of deaths! Schools are virus incubators, and school-age children are efficient spreaders of the virus: they have the <u>highest</u> rates of infection.

Our Health Hero program is a voluntary school flu vaccination program that prevents illness and reduces student absenteeism. The program has been immunizing children safely for years. This school year, an estimated half a million school-age children will be immunized through this program.

To help keep your child well, Health Hero will provide <u>quadrivalent flu shots</u> on Friday October 14th at the Dover Area School District. Consider vaccinating your child, help him become a health hero, and help us stop the spread of the flu in your school and homes.

- Our clinics are safe: a doctor oversees the program and only licensed professionals administer the vaccines.
- Our clinics have no out-of-pocket costs: we immunize all healthy children who
 return a completed consent form signed by their parent or quardian.

To participate in the Health Hero Program, complete, sign, and fully return the consent form attached to the school. Once your student is vaccinated, they will receive vaccination documentation for their records.

If you have any questions, we encourage you to visit the CDC website in www.cdc.gov/flu, Health Hero in www.HealthHeroUSA.com or contact us at PA@Healthherousa.com.

Sincerely

The Health Hero Team

Health Hero PA, LLC PA@HealthHeroUSA.com 484-667-3382



Formulario de consentimiento de los padres

DEBE SER DEVUELTO POR

Viernes 10/7

Estimado padre o tutor.

Trabajando con el Distrito Escolar del Área de Dover, Health Hero PA se complace en iniciar nuestras clínicas de vacunación contra la influenza ubicadas en la Escuela 2022. La gripe es una de las principales enfermedades prevenibles por vacunación. Según los CDC, se reportan de 25 a 50 millones de casos cada año en los Estados Unidos. ¡Conducen a cientos de miles de hospitalizaciones y decenas de miles de muertes! Las escuelas son incubadoras de virus, y los niños en edad escolar son propagadores eficientes del virus: tienen las tasas <u>más altas</u> de infección.

Nuestro programa Health Hero es un programa voluntario de vacunación contra la influenza en la escuela que previene la enfermedad y reduce el ausentismo estudiantil. El programa ha estado inmunizando a los niños de manera segura durante años. Este año escolar, se estima que medio millón de niños en edad escolar serán inmunizados a través de este programa.

Para ayudarlo a mantener a su hijo bien, Health Hero le proporcionará vacunas <u>tetravalentes</u> <u>inyectables contra la influenza</u> el <u>viernes 14</u> de <u>octubre</u> en el Distrito Escolar del Área de Dover. Considere vacunar a su hijo, ayúdelo a convertirse en un héroe de la salud y ayúdenos a detener la propagación de la gripe en su escuela y hogares.

- Nuestras clínicas son seguras: un médico supervisa el programa y solo los profesionales con licencia administran las vacunas.
- Nuestras clínicas no tienen costos de bolsillo: inmunizamos a todos los niños sanos que devuelven un formulario de consentimiento completo firmado por su padre o tutor.

Para participar en el Programa Héroe de la Salud, complete, firme y devuelva completamente el formulario de consentimiento adjunto a la escuela. Una vez que su estudiante esté vacunado, recibirá la documentación de vacunación para sus registros.

Si tiene alguna pregunta, le recomendamos que visite el sitio web de los CDC en www.cdc.gov/flu, Health Hero en www.HealthHeroUSA.com o que se comunique con nosotros en PA@Healthherousa.com.

Sinceramente

El equipo de Health Hero

Health Hero PA, LLC PA@HealthHeroUSA.com 484-667-3382

COMP	LETE AN	D PRINT	NEAT	LY U	SING	AN IN	K PE	N NO	PEN	CILS - IN	COM	PLE'	TE F	ORM	IS N	TO	ACC	EPT	ED			
FIRST NAME of Student:							Γ			LAST NA of Studen						Γ	Т	Т		Τ	Г	Ī
Gender: Male	Female NB	Student Birthdate	e:	al	ü	ם פ	7	1	1 1	Age			Hom	eroon	n Tea	cher	/ Gra	de				_
Home Address						_				Parent/G	Guardia	ın - C	ell P	hone	# ()		-			-
City Zip Code							Stat	te	_	Student Race: (Circle one) African American / Black White Alaskan/ Native Ameri												
										Asian His												
Parent/Guard Email addres																	Г					Γ
Please C	HECK the a	ppropriate	BOX	below	and co	ompleti	ely fill	out th	e folk	owing que	stions	pert	ining	y to y	our	chilo	rs He	alth I	nsur	ance:		
My child	is <u>NOT</u> ins	ured		My Chi	ld is E	nrolled	with	Medic	aid	☐ My	child I	has (comm	nercia	al Ins	surar	nce: (Pleas	e Pro	ovide	Insur	an
Please Circle	Medicald P	rovider: A	letna E	Better H	leaith,	AmeriH	leaith (Caritas		Compan	y Nam	2										
Highmark Who	olecare (aka	Gateway),	Geisir	ger, He	eaith P	artners,	, Keys	tone F	irst,	ı												
United Health	care Commu	nity Plan, l	JPMC																			
Policy Holder's	•		Т	П	Т	П	Т			Policy Holo Last Name							П	Т	Т	Т		Ī
Member ID:	TΤ	ПΤ	Ť	\Box	Ť	\Box	†	Т	\Box	Policy Hole (mo,day,yr	der's Du	ite of	Birth	: '		i	ī	9	9	7	1	7
"If BCBS plea	se include b	oth alpha ar	nd num	veric se	quence	,	ncomp	lete or	incorn			form	ition l	MAYE	PREV	ENT	the s	tudent	from	being	vacc	ins
										QUESTIC												
YES NO	1 Han un	ur obild ou	or had																			_
	Has your child ever had a life-threatening reaction(s) to the flu vaccine in the past?																					
	Has your child ever had Guillain-Barre' syndrome?																					
	3. Does y	our child h	ave ar	allerg	y to eg	gs?																
	Does your child have a blood disorder such as hemophilia?																					
۰. ۰	5. Will this	be the fin	st time	yourc	hild ha	as ever	receiv	ved a f	lu vac	cination?												
I have read th	IF YOU HAV ne information	about the v	TH QUE accine	STIONS and spe	cial pre	SE CONT cautions	ACT YO	OUR CH e Vaccir	ILD'S F	PEDIATRICIA mution She	N OR CA	ALL U	S AT 4	84-667	7-3382 locat	TO 5	most most	TOA	REPRI	ESENT	ATIVE.	ion
Statement an	d other inform	nation at ww	w.immu	unize.org	or ww	w.cdc.gr	ov. I hu	ave had	an op	portunity to	ask que	stions	regar	rding t	he vi	occine	and i	unders	stand t	the risk	is and	
benefits. I re medical decis	guest and voi sions on their	untaniy cons behalf. I aci	ent for knowled	tne vaci ige no g	one to i juaranti	oe given ees have	to the been	made c	oncerr	above of whi ring the vac	iom I am cine's su	n the p uccess	parent s. I he	or leg	pali gu relear	ardia se the	n and scho	having of syst	j legal iem, l	l autho lealth i	rity to Hero o	ma ∉P
LLC & subsid	liaries, affiliate	ed schools o	finursin	g, their	director	rs and er	mploye	es from	any a	nd all liability	y arising	from	any a	ccider	nt or a	act of	omiss	ion, w	hich a	arises o	furing	
vaccination. I am giving p	ermission for	Health Hero	of PA, I	LLC to a	diudica	ite and a	sppeal (claims v	with m	y insurance	provider	rs on i	my be	half. (Clinic	date	s can	be obt	bening	from t	he sch	00
understand the	nat the health-	related infor	mation	on this	form wi	II be use	d for in	nsurano	e billin	g purposes a	and you	r priva	icy wil	l be p	rotect	fed. I	reque	est and	volur	ntarily	conse	nt f
	,																					
Printed Name of Parent/Guardian						Signat	ure of	Parent	/Guan	ían							Date					
VIS CDC IIV 0	8/15/2019	FLI	ICELV	NX.			1			Healt	h Her	o of	PA					/	5×	× .		
LOT Number		EX	Date:							484-6	484-667-3382						4	9	20			
AREA FOR OFFICIAL ADMINSTI					RAT	ION	USF	ONI	LY	30	pa@healthherousa.com							K.				
										haffi	- wanti	1101	vude	e v V I	• •			-		_		

Flu Vaccine Consent Form 2022

HEALTH

Form	nulario de Con	sentin	niento d	le Va	cuna s	in G	ripe	2022	ł			3	H	Eí	AI	₅ T	I	Į
POR F	AVOR, COMPLETE	E IMPRI	MIR NEA	TLY US	ANDO I	JN INK	PEN	NO PE	NCILS-	FORM	MAS IP	HCOM	PLET	AS NO	ACEP	TADAS	_	
NOMBRE del Estudiante:								DEL	(BRE disate:									
Género: Mujer Masculina	Fecha de nacimies estudian	sto del	102 101	ע	ŊΥ	Y	у у	Eda	d Maes	tro de	aula /	Grad	o					
Domicilio								Pad	re/Gua	ırdián	- Te	léfon	o Cel	ular ()		-	
City Código I	Postal State								a Estud ricano Ar									skan/Na tro
Dirección de cor electrónico del padre/tutor:	тео									1					T			
Por favor, CON	SULTE to CAJA apro	oplada a c	continuaci	ón y cor	mplete c	omple)	tament	iii laa s	kzulente	s pregs	antas r	relacio	nadas	con 🎚	Seguro	médic	o de s	hijo:
Mi hijo NO	está asegurado		Mi hijo es	tá inscr	rito en M	fedica	ld.					iro co	merci	al: (Pr	oporci	one el	nombr	e de la
Por favor, circl	e proveedor de Medic	ald: (Cire	culo Uno)	Aetna B	dejor Sa	lud,		200	pañía d	e segu	ros							
	Caritas, Highmark W						lth	ı										
Partners, Key	tone First, United H	lealthcar	е Совиныя	ity Pla	n, UPM	0												
Nombre del Titular de la Póliza:					П	T		Apelli titular péliza	de la		T			1		Т	T	Т
ID de miembro								Fech	a de nac liza: (m			titula	r de	ıλſ	101	ע ע	Y	Y Y
Si BCBS po	favor incluya la secu	encia alfa	y numéric	a •	*La info	rmadé	n Incom	mpleta e	Incorrec	ta del S	EGU!	to PU	EDE E	MPEDIR	que el	estudia	nto sea	vacunad
SI NO	-	CHE	CK SÍ O N	O PAR	A CADA	PRE	GUNT/	AAC	NTINU	ACIÓN								
	1. We tenido ou b	ille elev			-1/													
	1. Ha tenido su l	ujo aigu	na vez ur	na reac	cion po	tencia	iment	e mor	tal a la	vacun	a conf	tra la	gripe	en el p	asado	7		
⊔ ⊔	2. Ha tenido su l	nijo algu	na vez el	síndro	me de (Guillai	in-Bar	mé?										
	3. Su hijo tiene a	alergia a	los huev	os?														
	4. Su hijo tiene u	ın trasto	rno de la	sangre	como	hemof	ilia?											
	5. Será la primer	a vez qu	ie su hijo	reciba	una va	cuna c	contra	la gri	pe?									
	SI TIENE ALGUNA HABLAR CON UN	REPRESE	INTANTE.															
y consiento vo nombre. Reco enfermeria, su consentimiento permiso para o	oemación sobre la vacum eciento y otra informació lumbraimente que la vac- nozoo que no se han hec directores y empleados e se válido por 6 meses y un Health Hero of PA. L. lacionada con la salud es	on en www. una se dé a ho garantia de cualqui que voy a LC resuelv	Ammunize.c la persona i is sobre el és er y toda res bacer que la va y apele re	reg o wo menciona cito de la sponsabil s escuela clamos o	ew.odc.go da anteri vacuna. idad que : sea consc on mis po	rv. He t remente Por la pr rurja de iente de rveedon	enido la de quie resente l cualquie cualquie es de se	n soy el libero el er soció ier cami guros es	nidad de h padre o ti nistema e nute o acti nio de nabi a mi nomb	acer pee stor legs scolar, I o de omi d antes see. Las	guntas d y que Sealth l isión, qu de la fo fechas	sobre li tenga a flero of se surja cha de l de la cli	a vacur sutoride PA, Ll durant la clini- lnica se	a y enten ad legal p LC & sub ie la vacu ca de vac	der los : ara tom eddiaria mación. unación	riesgos y ar decisi s, escuel Entiend . Recor	y beneficiones mé las afilia lo que e nozoo que	rios. Soli idicas en s das de ste se estov di
Nombre imp	reso del padre/tutor		-	Fir	ma del l	Padre/I	lutor								Fe	cha		-
VIS COC IIV C LOT Number RN#		FLUCELV EXP Date Date:		ATIO	N 119	E O	NIX	9 4	léroe	67-3	382	ad de	e PA			(i) (i)		D.