

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 highest 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 **quadrivalent flu shots 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 guardian.

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 más altas 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 tetravalentes inyectables contra la influenza el **viernes 14 de octubre** 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 comuniquen con nosotros en PA@HealthHeroUSA.com.

Sinceramente

El equipo de Health Hero

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

**HEALTH
HERO** You Keep Them Young.
We Keep Them Healthy.

FIRST NAME of Student:										LAST NAME of Student:														
Gender: Male Female NB		Student Birthdate:														Age		Homeroom Teacher / Grade						
Home Address										Parent/Guardian - Cell Phone # () -														
City					Zip Code					State					Student Race: (Circle one) African American / Black White Alaskan/ Native American Asian Hispanic Non-Hispanic Hawaiian / Pacific Islander Other :									
Parent/Guardian Email address:																								

<input type="checkbox"/> My child is NOT insured	<input type="checkbox"/> My Child is Enrolled with Medicaid <u>Please Circle Medicaid Provider:</u> Aetna Better Health, AmeriHealth Caritas, Highmark Wholecare (aka Gateway), Geisinger, Health Partners, Keystone First, United Healthcare Community Plan, UPMC	<input type="checkbox"/> My child has Commercial Insurance: <u>(Please Provide Insurance Company Name)</u>
---	---	--

Policy Holder's First Name:										Policy Holder's Last Name:									
Member ID:										Policy Holder's Date of Birth: (mo, day, yr)									

CHECK YES OR NO FOR EACH QUESTION BELOW

IF YOU HAVE ANY HEALTH QUESTIONS, PLEASE CONTACT YOUR CHILD'S PEDIATRICIAN OR CALL US AT 484-667-3382 TO SPEAK TO A REPRESENTATIVE.

Date _____

pa@healthherousa.com



**HEALTH
HERO** Save Money. Stay Smart.
We Keep Your Health

[illegible]

Nombre del Titular de la Póliza:										Apellido del titular de la póliza:									
ID de miembro										Fecha de nacimiento del titular de la póliza: (mo,day,yr)									
										M M D D Y Y Y									

CHECK SÍ O NO PARA CADA PREGUNTA A CONTINUACIÓN

☐ ☐ 1. Ha tenido su hijo alguna vez una reacción potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe en el pasado?

☐ ☐ 2. Ha tenido su hijo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?

☐ ☐ 3. Su hijo tiene alergia a los huevos?

☐ ☐ 4. Su hijo tiene un trastorno de la sangre como hemofilia?

☐ ☐ 5. Será la primera vez que su hijo reciba una vacuna contra la gripe?

He leído la información sobre la vacuna y las instrucciones disponibles en la Hija de Información de Vacunas. Soy consciente de que puedo localizar la Declaración de Información sobre Vacunas más reciente y otra información en www.immunization.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de leer y comprender la información sobre la vacuna y he decidido aceptar voluntariamente que la vacuna se dé a la persona mencionada anteriormente de quien soy el padre o tutor legal y que tenga autorización legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han hecho garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero el sistema escolar, Health Hero of PA, LLC & subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión, que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que voy a hacer que la escuela sea consciente de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunaciones. Reconozco que estoy dando permiso para que Health Hero of PA, LLC resuelva y apele reclamos con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de la clínica se pueden obtener de la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación de seguros y su privacidad estará protegida.

Fecha

