

# HPV Vaccination Program Registration and Consent Form

The UAMS 12<sup>th</sup> Street Health & Wellness Center has partnered with the Little Rock School District to offer a **FREE** HPV prevention program for your child to be vaccinated at school during the 2016-2017 school year.

Do you wish for your child to take part in this program  Yes  No *if yes, please fill out the form below*

What type of insurance does your child have?  Medicaid/ARkids First  private insurance  no health insurance

Has your child received the HPV vaccine? If so, what doses? Yes,  Dose 1  Dose 2  Dose 3  No

Child First Name: \_\_\_\_\_ Child Last Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Gender:  Female  Male

Race (select one or more):

Black or African-American  White  Asian

Native American  Pacific Islander  Other \_\_\_\_\_

Ethnicity (select one):

Hispanic or Latino(a)

Non-Hispanic or Latino(a)

Home Address: \_\_\_\_\_ APT/Unit # \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Doctor/Primary Care Provider name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

---

**Screening Questions: Please answer the questions below, if the answer is yes, please explain.**

1. Does your child have allergies to any medications, foods, a vaccine component, or latex?  Yes  No  Don't Know

2. Has your child ever had a serious reaction after receiving a vaccination?  Yes  No  Don't Know

3. Is your child pregnant? (Safety of Gardasil 9 has not been shown in pregnant women)  Yes  No  Don't Know

---

**Consent and Waiver:**

I consent to the staff to administer the Gardasil 9 vaccine series—up to 3 shots over 6 months. If I wish to withdraw consent during the vaccine series, it is my responsibility to notify the school nurse before the next vaccination day; otherwise consent for the remaining shots is based on this document. I have reviewed the vaccine information sheet(s) and understand the benefits and risks of receiving this medication and choose to assume this risk. I fully release and discharge the standing order physician (Dr. Elizabeth Gath) and the 12th Street Health & Wellness Center, its affiliations and their officers, and volunteers from any illness, injury, loss, or damage that may result there from. I consent the release of medical information when necessary for medical protocol. I also allow for the center to report any medications received to the appropriate state vaccine registry. I am aware that an immunization certified student pharmacist might be administering this medication.

Legal Guardian Signature : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Legal Guardian Printed Name: \_\_\_\_\_

**PLEASE RETURN TO SCHOOL NURSE BY \_\_\_\_\_**

# Programa de Vacunación contra el VPH

## Formulario de Inscripción y Consentimiento

La Clínica de Salud 12 Street de UAMS, se ha asociado con el Distrito Escolar de Little Rock para ofrecer un programa de prevención contra el VPH, Virus del Papiloma Humano, para su hijo o hija, para ser vacunado durante este año escolar 2016-2017.

Quiere que su hijo(a) sea parte de este programa  Si  No *(si marco si, por favor de llenar este formulario)*

Que tipo de seguro medico tiene su hijo(a)?  Medicaid/ARKids First  seguro privado  no tiene seguro medico

Su hijo(a) ha recibido la vacuna del VPH? Si la recibió, que dosis? Si,  Dosis 1  Dosis 2  Dosis 3  No

Primer nombre de su hija(a): \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes/día/año) Edad: \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino

Raza (marque todas las que aplican):

Afroamericano  Blanco/caucásico  Asiático

Indígenas americanos  Indígenas del Pacífico  Other \_\_\_\_\_

Etnicidad (Seleccione uno):

Hispano o Latino

No Hispano o Latino

Domicilio: \_\_\_\_\_ APT/Unidad #: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

---

**Screening Questions: Please answer the questions below, if the answer is yes, please explain.**

1. ¿Tiene alergias a algún medicamento, alimento, a un componente de vacunas o al latex?  Si  No  No sé

2. ¿Ha tenido una reacción adversa seria después de recibir una vacuna?  Si  No  No sé

3. ¿Es su hija embarazada? (Seguridad de Gardasil 9 no se ha demostrado en las mujeres embarazadas)  Si  No  No sé

---

**Consent and Waiver:**

Doy mi consentimiento para el personal para administrar la vacuna Gardasil 9-series hasta 3 inyecciones durante 6 meses. Si deseo de retirar su consentimiento durante la serie de vacunas, es mi responsabilidad notificar a la enfermera de la escuela antes de la próxima jornada de vacunación; de lo contrario el consentimiento de los disparos restantes se basa en este document. He revisado la información de la vacuna y entiendo los beneficios y riesgos de recibir esta medicina y elijo asumir la responsabilidad del riesgo. Exento y libero de responsabilidad al médico a cargo (Dr. Elizabeth Gath) y a 12th Street Health & Wellness Center, sus afiliados y representantes, y voluntarios de cualquier enfermedad, lesión, perdida o daño que pueda resultar del mismo. Consiento que se disponga de la información médica cuando sea necesario de acuerdo al protocolo médico. También permitiré al centro reportar cualquier medicamento que haya recibido al registro de vacunación estatal pertinente. Estoy consciente de que un estudiante de farmacia certificado para inmunización puede estar administrando éste medicamento.

Firma del guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes/día/año)

Nombre del guardián legal: \_\_\_\_\_

**REGRESE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA POR \_\_\_\_\_**

**Please tell us if you agree or disagree with the following statements. This information will help us improve the HPV Vaccination Program in the future.**

	strongly disagree	somewhat disagree	somewhat agree	strongly agree
HPV can cause female genital cancer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPV can cause male genital cancer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPV can cause male throat cancer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPV can cause genital warts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPV is spread through sexual contact.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPV infection can go away without treatment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The HPV vaccine is able to prevent female genital cancer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The HPV vaccine is able to prevent genital warts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The HPV vaccine is only recommended for girls.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The HPV vaccine is unsafe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In the past year, a doctor has recommended my child get the HPV vaccine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other parents in my community are getting their children the HPV vaccine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If a child gets the HPV vaccine, he/she may be more likely to have sex.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
It would be hard to find a clinic that is easy to get to.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
It would be hard to find a clinic where I can afford the vaccine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Díganos si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones. Esta información nos ayudará a mejorar el programa de vacunación contra el VPH en el futuro.**

	Muy desacuerdo	Algo desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
VPH puede causar cáncer genital femenino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VPH puede causar cáncer genital masculino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VPH puede causar cáncer de la garganta masculino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VPH puede causar verrugas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VPH puede ser propagado por contacto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección de VPH se puede quitar sin tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La vacuna contra el VPH puede prevenir cáncer genital femenino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La vacuna contra el VPH puede prevenir verrugas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La vacuna contra el VPH es recomendado solamente para mujeres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La vacuna contra el VPH es peligroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el ultimo año, un doctor a recomendado la vacuna de VPH para mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros padres en mi comunidad están dando la vacuna de VPH a sus hijos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si mi hijo(a) tiene la vacuna de VPH, hay mas probabilidad de que tengan sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seria difícil encontrar una clínica de acceso fácil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seria difícil encontrar una clínica donde tienen la vacuna de precio razonable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>