

Vaccinate *before you* Graduate

Is your teen up-to-date?

What is Vaccinate Before You Graduate?

Vaccinate Before You Graduate (VBYG) is an adolescent immunization program open to all middle and high school students. Students should visit their healthcare provider every year for a well care visit and needed immunizations; however, all immunizations that students need are also available through VBYG.

When and where are clinics held?

All clinics are held in school during the school day. Visit the website listed below for the date of the next clinic at your child's school.

How much do vaccinations cost?

There is no out-of-pocket cost for vaccinations. Insurance information will be collected for students, but no student will be turned away for a lack of insurance.

How do I know what vaccines my child needs?

Contact your child's primary care provider or ask your child's school nurse.

What vaccines are available at these clinics?

Hepatitis A • Hepatitis B • Human Papillomavirus (HPV) for males and females • Influenza • Measles, Mumps, and Rubella (MMR) • 2 types of Meningitis Vaccine • Polio • Tetanus, Diphtheria, and Pertussis (Tdap) • Varicella (Chickenpox)

How do I register my child?

- View the vaccine information statement for each vaccine. Vaccine information statements explain the benefits and risks of each vaccine. They are available at the website listed below or can be requested by calling the number below.
- Fill out the enclosed consent form and return it to your child's school nurse or register online at www.thewellcomp.com.

Hablamos español • Falamos português

Nous parlons français



For more information, contact
The Wellness Company:
401-461-0662
www.thewellcomp.com



PERSONAL INFORMATION			Year of Graduation:	
School Student Attends:				
Print Student Name		<input type="checkbox"/> Male	Date of Birth: ____/____/____	
Last:	First:	<input type="checkbox"/> Female		
Street Address:	City:	St:	Zip:	
Print Parent/Guardian Name:			Daytime Phone #:	

HEALTH INSURANCE INFORMATION

Name of Insurance Company: _____

Member Id: _____ Group # (if applicable): _____

No Insurance

MEDICAL SCREENING FOR VACCINE ELIGIBILITY

- Does your child have allergies to medications, food, or any vaccine? Y / N If yes, list: _____
- Has your child ever had a serious reaction to a vaccine in the past? Y / N If yes, explain: _____
- Has your child, a sibling, or a parent ever had a seizure or brain problem? Y / N
- Does your child have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system condition? Y / N
- Does your child take cortisone, prednisone, steroids or anti-cancer drugs or had radiation treatment? Y / N
- Received a blood transfusion, blood products, or been given immune (gamma) globulin in the past year? Y / N
- Has your child received any vaccinations in the past 4 wks or taken an antiviral drug? Y / N If Y, List: _____

CONSENT FOR VACCINATION IN SCHOOL SETTING

I have viewed the Vaccine Information Statement(s) for the vaccine(s) requested at <http://www.immunize.org> or obtained a hard copy by calling the Rhode Island Department of Health at 401-222-5960. I understand the benefits and risks of the vaccine(s) requested.

I understand that a record of vaccinations administered in this program will be submitted to the statewide database, KIDSNET within 48 hrs of vaccination. I hereby release The Wellness Company from any and all liability associated with the administration and potential side effects of the vaccine.

PARENT SIGNATURE REQUIRED NEXT TO EACH VACCINE REQUESTED:	Vaccination History <i>List Dates If Available</i>
HEP A _____ DATE: _____	DOSE #1 _____ #2 _____
HEP B _____ DATE: _____	DOSE #1 _____ #2 _____ #3 _____
HPV _____ DATE: _____	DOSE #1 _____ #2 _____ #3 _____
MMR _____ DATE: _____	DOSE #1 _____ #2 _____
MENINGITIS (MCV4) _____ DATE: _____	DOSE #1 _____ #2 _____ #3 _____
MENING B _____ DATE: _____	DOSE #1 _____ #2 _____ #3 _____
POLIO _____ DATE: _____	DOSE #1 _____ #2 _____ #3 _____
TDAP / TD _____ DATE: _____	DOSE# : _____ Td: _____ Td: _____
CHICKEN POX _____ DATE: _____	DOSE #1 _____ #2 _____ DATE DX: _____

The vaccine(s) checked should be given to the student named for whom I am authorized to make this request. I understand that all doses indicated for each vaccine are needed to receive full protection.

Vaccinate *before you* Graduate

¿Está su adolescente al día?

¿Qué es Vacúnate Antes de Graduarte?

VBYG (por sus siglas en inglés) es un programa de vacunación para todos los estudiantes de las escuelas intermedia y secundaria. Los estudiantes deben visitar su proveedor de cuidados médicos para su chequeo anual y sus vacunas, aunque todas las vacunas que ellos necesitan están disponibles a través de VBYG.

¿Cuándo y dónde se llevan a cabo las clínicas de vacunación?

Todas las clínicas se llevan a cabo en la escuela, durante horario escolar. Para la fecha de la próxima clínica en la escuela de su hijo/a, visítenos en la página de internet que se encuentra al final de esta hoja.

¿Cuánto cuestan las vacunas?

No hay costo para usted por las vacunas. Se obtendrá información del seguro médico de los estudiantes, pero ningún estudiante será rechazado por falta de seguro médico.

¿Cómo sé que vacunas necesita mi hijo/a?

Contacte a su proveedor de cuidados médicos o pregúntele a la enfermera de la escuela de su hijo/a.

¿Qué vacunas están disponibles en estas clínicas?

Hepatitis A • Hepatitis B • Virus del Papiloma Humano (HPV, por sus siglas en inglés) para hombres y mujeres • Influenza • Paperas, Sarampión y Rubeola (MMR) • Dos tipos de Meningitis • Polio • Tétanos, Difteria, Tos ferina (Tdap) • Varicela

¿Como puedo registrar a mi hijo/a?

- Revise la declaración de información de las vacunas, esta explica los beneficios y riesgos de cada vacuna. Están disponibles en la siguiente página de internet o puede solicitarlas llamando al número que aparece abajo.
- Complete la hoja de consentimiento adjunta y devuélvala a la enfermera de la escuela de su hijo/a o registre en el internet en www.thewellcomp.com.

Hablamos español • Falamos português
Nous parlons français



Para más información, contacte
"The Wellness Company":
401-461-0662
www.thewellcomp.com

INFORMACIÓN PERSONAL				
Nombre de la escuela a la que atiende el estudiante:			Año de graduación:	
Escriba nombre y apellido del estudiante	Nombre:	<input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento:	
Apellido:		<input type="checkbox"/> F	____/____/____	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Escriba el nombre del padre o guardián legal:			Número de teléfono durante el día:	

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO:
 Nombre de la compañía de seguro: _____
 Número de identificación: _____ Número de Grupo (si tiene): _____
 No seguro

EVALUACIÓN MÉDICA DE ELEGIBILIDAD PARA SER VACUNADO

- ¿Tiene su hijo alergias a medicamentos, alimentos o a cualquier vacuna? S / N si su respuesta es sí, descríbala:

- En el pasado, ¿ha tenido su hijo alguna vez, una reacción seria a una vacuna? S / N si su respuesta es sí, explíquelo:

- Alguna vez, ¿su hijo, sus hermanos o uno de los padres, ha tenido convulsiones o problemas cerebrales? S / N
- ¿Tiene su hijo cáncer o leucemia, SIDA, o alguna otra condición del sistema inmune? S / N
- ¿Toma su niño cortisona, “prednisone”, esteroides, medicina anti-cáncer o ha recibido terapia de radiación? S / N
- En el último año, ¿ha recibido transfusión de sangre, productos de sangre, o le han dado inmunoglobulina? S / N
- En las últimas 4 semanas, ¿ha recibido su hijo alguna vacuna o ha tomado medicina antiviral? S / N si su respuesta es sí, cual(es): _____

CONSENTIMIENTO PARA SER VACUNADO EN LA ESCUELA
 Para las vacunas solicitadas, he visto la(s) hoja(s) de Información de la Vacuna en la página de internet <http://www.immunize.org>, o he obtenido una copia de la misma llamando a la Línea de Información del Departamento de Salud de Rhode Island, al 222-5960. Yo entiendo los beneficios y riesgos de la (s) vacuna (s) que he solicitado. Yo entiendo que será enviado un registro de la(s) vacuna(s) administrada(s) en éste programa, al Sistema Estatal KIDSNET, dentro de 48 horas después de ser vacunado. Yo, por la presente, libero “The Wellness Company” de toda responsabilidad asociada con posibles efectos secundarios por la administración de la vacuna.

ES REQUERIDA LA FIRMA DEL PADRE AL LADO DE CADA VACUNA SOLICITADA:

		Historial de vacunas <i>Fechas si están disponibles</i>		
HEP A	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____	#2 _____
HEP B	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____	#2 _____ #3 _____
HPV	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____	#2 _____ #3 _____
MMR	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____	#2 _____
MENINGITIS (MCV4)	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____	#2 _____ #3 _____
MENING B	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____	#2 _____ #3 _____
POLIO	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____	#2 _____ #3 _____
TDAP / TD	X _____	FECHA: _____	DOSIS # _____	TD: _____ TD: _____
VARICELA	X _____	FECHA: _____	DOSIS #1 _____	#2 _____ FECHA DX: _____

LAS VACUNA(S) SELECCIONADAS DEBEN SER ADMINISTRADAS AL ESTUDIANTE NOMBRADO EN LA PARTE DE ARRIBA, POR QUIEN ESTOY AUTORIZADA A HACER ESTA SOLICITUD. YO ENTIENDO QUE TODAS LAS DOSIS SON NECESARIAS PARA RECIBIR PROTECCIÓN TOTAL.