Patient label

GARDNER
Packard Children's Health Center

Refusal/Agreement to Vaccinate

The Physicians and Staff of Gardner Packard Children's Health Care Center have advised me that my child (named above) should receive the vaccines listed below.

Declined		Originally declined – now agree to Vaccinate
☐	***Haemophilus influenzae* type b (Hib)**	☐
☐	**Pneumococcal conjugate vaccine (Prevnar)**	☐
☐	**Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis (DTaP Tdap)**	☐
☐	**Measles, mumps, rubella (MMR) vaccine**	☐
☐	Varicella (chickenpox – Varivax)	☐
☐	Polio vaccine (IPV)	☐
☐	Hepatitis B (HBV)	☐
☐	Meningococcal (Menactra – MCV-4)	☐
☐	Hepatitis A	☐
☐	Rotavirus	☐
☐	Human Papillomavirus Vaccine (HPV)	☐
☐	Influenza (Flu)	☐
☐	Other:	☐

I have read or been given the Vaccine Information Sheet(s) from the CDC explaining the vaccine(s) and the disease(s) they prevent. I have had the opportunity to discuss these with my child's doctor or nurse, who has answered all of my questions regarding the recommended vaccine(s). I understand the following:

- The **purpose** of and the need for the recommended vaccine(s)
- The **risks and benefits** of the recommended vaccine(s)
- The **potential consequences** that may follow if my child does not receive the vaccine(s), including:
  - Contracting the illness the vaccine should prevent. (The outcomes of these illnesses may include one or more of the following: pneumonia, illness requiring hospitalization, death, brain damage, meningitis, seizures, and deafness. Other severe and permanent effects from vaccine preventable diseases are possible as well.)
  - Transmitting the disease to others
  - Needing to stay out of childcare or school during disease outbreaks and for prolonged periods.

My health care provider, the American Academy of Pediatrics, the American Academy of Family Physicians, and the Centers for Disease Control and Prevention have all strongly recommended that the vaccine(s) be given to my child.

I understand that failure to follow these recommendations about vaccination may endanger the health or life of my child and others with whom my child might come in contact.

❑ Nevertheless, I have decided to decline the vaccines marked in the checked list above.
❑ I have decided to reverse my original decision to decline the vaccine(s) checked in the list above.

I acknowledge that I have read this document in its entirety and fully understand it.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Printed name _____

Witness _____Date _____

GARDNER
Packard Children's Health Center

Patient label

Rehusar o Aceptar Vacunarse

Los médicos y el personal de Gardner Packard Children's Health Center me han aconsejado que mi hijo(a) (nombrado arriba) debe recibir las vacunas indicadas a continuación.

Rehusó		**Originalmente rehusé – ahora acepto las vacunas**
□	***Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)**	□
□	**Vacuna neumococica conjugada (Prevnar)**	□
□	**Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP Tdap)**	□
□	**Sarampión, paperas y rubeola (MMR)**	□
□	Varicela (Varivax)	□
□	Polio (IPV)	□
□	Hepatitis B (HBV)	□
□	Meningococicas (Menactra – MCV-4)	□
□	Hepatitis A	□
□	Rotavirus	□
□	Virus del papiloma humano (HPV)	□
□	Influenza (Flu)	□
□	Otro:	□

He leído o me han dado la hoja de información sobre vacunas (VIS Sheet) del CDC explicando la vacuna y las enfermedades que previenen. He tenido la oportunidad de discutir con el médico o la enfermera, quien ha contestado a todas mis preguntas con respecto a la vacuna (s) recomendada a mi hijo. Entiendo lo siguiente:

- El **propósito** y la necesidad de la vacuna(s) recomendada
- Los **riesgos y beneficios** de la vacuna(s) recomendada
- Las posibles consecuencias que pueden ocurrir si mi hijo no recibe la vacuna(s), que pueden incluir lo siguiente:
  - La vacuna previene contraer enfermedades. (Estas enfermedades pueden incluir las siguientes consecuencias: pulmonía, enfermedades que requieren hospitalización, muerte, daño cerebral, meningitis, convulsiones y sordera. Estas vacunas pueden evitar otros efectos graves o permanentes)
  - Transmisión de la enfermedad a otros
  - La necesidad de permanecer fuera de la guardería o escuela durante brotes de enfermedades o durante periodos prolongados.

Mi proveedor de atención medica, la Academia Americana de Pediatría, la Academia Americana de Médicos de Familia, y el Centro de Control y Prevención de Enfermedades, todos han firmemente recomendado que las vacuna(s) sea administrada a mi hijo.

Entiendo que si no se siguen estas recomendaciones sobre la vacunación, puede poner en peligro la salud o la vida de mi hijo y de otros con quienes mi hijo pueda entrar en contacto.

- ❑ Sin embargo, he decidido rehusar las vacunas marcadas en la lista de cuadros arriba.
- ❑ He decidido todo lo contrario a mi decisión original de rehusar las vacunas marcadas en la lista de cuadros arriba.

Reconozco que he leído este documento en su totalidad y lo entiendo completamente.

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____

Nombre en imprenta_____

Testigo _____ Fecha _____