

FLU SHOT PERMISSION FORM

Dear HSHMC Family,

In an effort to protect staff and patients, Sharp is asking that all staff and volunteers receive an annual influenza (flu) vaccine. Our records indicate that your child needs to receive his/her flu vaccine to participate in a hospital internship this year.

Nurses from the Occupational Health Department will administer the flu vaccine for those who need it on Tuesday, September 10 or Thursday, September 12.

By signing the form, you agree to permit the nurses to administer the flu vaccine on either Tuesday, September 10, 2019 or Thursday, September 12, 2019.

Thanks for your continued support.

HSHMC staff

Please sign below to acknowledge that you have read and understand the contents of this agreement.

I have given consent for my child to receive the Flu vaccine. I understand this is a requirement for my child to begin their hospital internship.

STUDENT NAME: (please print)

Grade: _____

PARENT/GUARDIAN NAME: (please print)

Parent/Guardian Signature:

Date: _____

Querida HSHMC Familia,

En un esfuerzo por proteger al personal y pacientes, Sharp está pidiendo que todo el personal y voluntarios reciban anualmente la vacuna de la influenza. Nuestros registros indican que su hijo/a tendrá que recibir el vacuna de la influenza para participar en viajes al hospital.

Las enfermeras del Departamento de Salud Ocupacional administrarán la vacuna contra la influenza en HSHMC a estudiantes que lo necesitan, de forma gratuita, para aquellos que los necesiten el Martes, 10 de Septiembre o el Jueves, 12 de Septiembre.

Al firmar el formulario, usted acepta permitir que el personal de enfermería administré la vacuna de la influenza el Martes, Septiembre 10, 2019 o el Jueves, Septiembre 12, 2019.

Gracias por su continuo apoyo.

Personal de HSHMC

Por favor firme abajo que reconoce que ha leído y entiende el contenido de este acuerdo.

Doy consentimiento para que administren a mi hijo/a la vacuna contra la influenza. Yo entiendo que este es un requisito para mi hijo comience su práctica de hospital.

STUDENT NAME: (please print)

Grade: _____

PARENT/GUARDIAN NAME: (please print)

Parent/Guardian Signature:

Date: _____