



NEW HANOVER COUNTY

PUBLIC HEALTH

1650 Greenfield Street, Wilmington, NC 28401
P: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7834 | NHCgov.com

Phillip E. Tarte, MHA, Director

Estimado Padre/Tutor:

El Departamento de Salud del Condado de New Hanover, ofrecerá la vacuna contra la influenza a todos los estudiantes de las escuelas de ciclo medio y secundario (middle school y high school) en diciembre y enero. Las vacunas serán administradas por enfermeras del condado de New Hanover a los estudiantes que tienen permiso por escrito del padre/madre y a los que no tienen problemas médicos que no les permita recibir la vacuna contra la influenza. Solamente será administrada la vacuna sin conservantes. La vacuna será administrada durante la fecha determinada por la escuela de su niño(a) y no habrá otro día disponible.

El virus de la Influenza (gripa) puede causar enfermedades serias, especialmente entre niños y adolescentes. La mejor manera de prevenir la influenza es poniéndose la vacuna cada año. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades, y los miembros de nuestra comunidad médica recomiendan que todos los niños tengan que ser vacunados contra la influenza. Nuestra meta es de prevenir que los niños se enfermen con la influenza y que no pierdan días innecesarios en la escuela, al mismo tiempo mantener nuestra comunidad saludable.

Si usted está interesado en esta oportunidad para proteger su niño(a) por favor:

- Complete la siguiente forma de Autorización para Recibir la Vacuna contra la Influenza en la Escuela
- Mándela a la maestra de salón de su hijo(a) para el **15 de enero de 2020**.

No podemos vacunar a nadie sin los formularios necesarios o sin la información necesaria del seguro médico. La vacuna contra la gripe se facturará al seguro si es posible sin embargo, será gratis para aquellos estudiantes sin seguro. No estaremos aceptando Autorizaciones después del 15 de enero de 2021.

Incluido en este paquete está el formulario de autorización y la información acerca de la vacuna de la Influenza (gripa).

Gracias por permitirnos proteger a su niño (a) contra la gripe.

Sinceramente,

Departamento de Salud del Condado de New Hanover



SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE NEW HANOVER

1650 Greenfield Street, Wilmington, NC 28401
T: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7834 | NHCgov.com

Phillip E. Tarte, MHA, Director

AUTORIZACION PARA RECIBIR VACUNAS

DEBE SER LLENADO POR PADRE / TUTOR SOLAMENTE

Nombre complete del niño(a):		Sexo:	Raza:
Seguro social del niño(a) si lo tiene:	Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Codigo postal:	
Nombre del Padre/Tutor de:	Apellido de soltera de la mama del niño(a) (apellido,nombre):		

Conteste las siguientes preguntas:

- SI NO ¿Ha tenido su niño(a) alguna reacción severa a vacunas contra la influenza?
 SI NO ¿Ha tenido su niño(a) alguna vez una reacción severa a los huevos o a proteína de pollo?
 SI NO ¿Ha tenido su niño(a) alguna reacción severa a vacunas como la del Síndrome de Guillian-Barre?

PERMISO PARA VACUNAR AL NIÑO(A) (Favor de Firmar y Poner la Fecha)

Yo doy permiso para que mi hijo reciba la vacuna que está haciendo proveída por el Departamento de Salud del Departamento de Salud en las escuelas del condado. He recibido y leído la información acerca de la vacuna. Yo entiendo que tengo acceso al Aviso de Practicas de Privacidad del Departamento de Salud del condado de New Hanover al visitar la página de internet <http://health.nhcgov.com/?p=529> y puedo llamar al Oficial de la Privacidad al 910-798-6500 para obtener una copia o para discutir alguna duda.

Firma: _____

Fecha: _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO/AUTORIZACION PARA COBRAR AL SEGURO MEDICO

(Favor de Marcar Todo lo que le Aplique a Su Hio(a))

<input type="checkbox"/>	Seguro Médico Privado que <u>Cubre</u> Vacunas(privado)	<input type="checkbox"/>	Número de NC Health Choice (private):
<input type="checkbox"/>	Número de Medicaid (estado):	<input type="checkbox"/>	No está Asegurado – No Tiene Seguro Médico (estado)
<input type="checkbox"/>	Seguro Médico Pero <u>No Cubre</u> las Vacunas (estado)	<input type="checkbox"/>	Es Indio Americano / Originario de Alaska (estado)

Autorización para el cobro

Nombre de la Compañía de Seguro Médico Privado:	Numero de Grupo:
Dirección de la Compañía de Seguro (dirección donde se envía cobros) Medical Claims:	Teléfono de la Compañía de Seguro: ()
Nombre del Subscriptor:	Numero del Subscriptor incluyendo los ultimos dos digitos (01,02,03):
Dirección del Subscriptor:	Fecha de Nacimiento Y Seguro Social del Subscriptor (incluya seguro social si tiene Tricare):

Yo solicito que el pago autorizado de los beneficios de Medicaid y de terceras partes (seguro) se haga de mi parte Departamento de Salud del Condado de New Hanover por el servicio rendido. Yo autorizo a cualquier persona que tenga información médica a dar mi información al Administración Financiera del Cuidado de la Salud (HCFA) y sus agentes, cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagables para los servicios rendidos.

Yo entiendo que mi firma servirá como firma legal "firma en archive" con el propósito de llenar los reclamos del seguro y pagos al Departamento de Salud del Condado de New Hanover por los servicios rendidos.

Firma: _____

Fecha: _____

TIENE QUE SER COMPLETADO POR EL ADMINISTRADOR DE LA VACUNA CPT 90686/90471 CPT 90662/90471 (High Dose)

<input type="checkbox"/> STATE <input type="checkbox"/> PRIVATE Vaccine Lot #	Site:	Provider Signature and Date of Service	Keyed:
---	-------	--	--------

"Gente Saludable, Medio Ambiente Seguro, Comunidad Fuerte"

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): *Lo que necesita saber*

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte www.immunize.org/vis

1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

La **vacuna contra la influenza** puede prevenir la **influenza (gripe)**.

La **gripe** es una enfermedad contagiosa que se propaga por los Estados Unidos cada año, generalmente entre octubre y mayo. Cualquiera puede contraer la gripe, pero es más peligroso para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, las personas de 65 años de edad y mayores, las mujeres embarazadas y las personas con ciertos padecimientos de salud o un sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones por la gripe.

La neumonía, la bronquitis, las infecciones sinusales y las infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarlo.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolores musculares, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Algunas personas pueden tener vómito y diarrea, aunque esto es más frecuente en niños que en adultos.

Cada año, **miles de personas mueren por influenza en los Estados Unidos**, y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene millones de enfermedades y visitas al médico relacionadas con la gripe cada año.

2 Vacuna contra la influenza

Los Centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) recomiendan que todas las personas de 6 meses de edad y mayores se vacunen cada temporada contra la gripe. **Niños de 6 meses a 8 años de edad** pueden necesitar 2 dosis durante una

sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas en desarrollarse después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se fabrica una nueva vacuna contra la gripe para proteger contra tres o cuatro virus que probablemente causen enfermedades en la próxima temporada de gripe. Incluso cuando la vacuna no coincide exactamente con estos virus, aún puede brindar cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza puede aplicarse al mismo tiempo que otras vacunas.

3 Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que va a recibir la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia grave y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **síndrome de Guillain-Barré** (también llamado SGB).

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza para una visita futura.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como la gripe. Personas con enfermedades moderadas o graves usualmente deben esperar hasta recuperarse antes de recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.



4

Riesgos de una reacción a la vacuna

- Puede presentarse dolor, enrojecimiento e hinchazón donde se aplica la inyección, fiebre, dolores musculares y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Puede haber un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el síndrome de Guillain-Barré (SGB) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben la vacuna contra la gripe junto con la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP al mismo tiempo pueden tener un poco más de probabilidades de tener una convulsión causada por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si un niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido convulsiones alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otro daño grave o la muerte.

5

¿Qué debo hacer si hay un problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **9-1-1** y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame al proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Las reacciones adversas se deben reportar al Sistema de informes de eventos adversos derivados de vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

6

Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Visite el sitio web de VICP en www.hrsa.gov/vaccinecompensation o llame al **1-800-338-2382** para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación. Hay un plazo límite para presentar una reclamación de compensación.

7

¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC):
 - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
 - Visite el sitio web www.cdc.gov/flu de los CDC

Vaccine Information Statement (Interim)
Inactivated Influenza Vaccine
Spanish



Office use only

8/15/2019 | 42 U.S.C. § 300aa-26