**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE**

HEALTH HERO — You Keep Them Smart We Keep Them Healthy

**Nombre de la escuela:** **Fecha de la clínica:**

POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACION A CONTINUACION – **IMPRIMA CON TINTA** (NO SE ACEPTARAN FORMULARIOS INCOMPLETOS)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE de Estudiante:** | **INICIAL MEDIO** | **APELLIDO de Estudiante:** | |
| **Género: Mujer Masculina** | **Nacimiento: (mo,day,yr)** | **Edad** | **Profesor de aula / Grado** |
| **Dirección** | | **Teléfono # ( ) -** | **Nombre de la doncella de la madre** |
| **Ciudad** | **Código** postal **Estado** | **Carrera Estudiantil:** (Círculo uno) Afroamericano Blanco Alaskan/ Nativo-Americano Asiático Hawaiano/Isleño del Pacífico Otro<br>**Origen Etnico:** (círculo uno) Hispana No hispanos | |
| **Dirección de correo electrónico:** | | | |

**Las leyes vigentes en materia de atención médica nos obligan a facturar la vacuna a su compañía de seguros. El servicio se ofrece sin costo para usted. Las respuestas son siempre confidenciales.**

**Por favor llene las siguientes preguntas relacionadas con el Seguro de Salud de su hijo:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Medicaid** | **Mi hijo NO tiene seguro** médico | **Compañía de Seguros:** | |
| **Titular de la póliza Nombre:** | | **Titular de la póliza Apellido:** | |
| **ID de miembro:** | | **Fecha de nacimiento del titular de la póliza: (mo,day,yr)** | |

CHECK SI O NO PARA **CADA** PREGUNTA

| SI | NO | |
|---|---|---|
| ☐ | ☐ | 1. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe en el pasado? |
| ☐ | ☐ | 2. ¿Tu hijo ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barre? |
| ☐ | ☐ | 3. ¿Su hijo tiene alergia a los huevos? |
| ☐ | ☐ | 4. ¿Su hijo tiene un trastorno de la sangre como hemofilia? |
| ☐ | ☐ | 5. ¿Será la primera vez que su hijo reciba una vacuna contra la gripe? |

**SI TIENE ALGUNA PREGUNTA DE SALUD, POR FAVOR CONTACTE CON EL PEDIATRICIAN DE SU HIJO O LLAMENOS AT 334-738-4840 PARA HABLAR A UN REPRESENTANTE.**

He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de Información de Vacunas. Soy consciente de que puedo localizar la Declaración de Información sobre Vacunas más reciente y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entender los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna se dé a la persona mencionada anteriormente de quien soy el padre o tutor legal y que tenga autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han hecho garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero el sistema escolar, HNH Immunizations, Inc, MaxVax LLC., y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que voy a hacer que la escuela sea consciente de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso a HNH Immunizations para resolver y apelar con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de la clínica se pueden obtener de la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación de seguros y su privacidad estará protegida. Solicito y consiento voluntariamente que se le dé la vacuna y se registre en Immprint para la persona mencionada anteriormente. Soy el padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre..

| Nombre impreso del padre/tutor | Firma del Padre/Tutor | Relación con el niño | Fecha |
|---|---|---|---|
| | | | |

VIS CDC IIV 08/15/2019 FLUCELVAX
**LOT Number:** **EXP Date:**
RN #_____ Date:_____
AREA FOR OFFICIAL ADMINSTRATION USE ONLY

**HNH Immunizations Inc.**
326 Prairie St. North
Union Springs, AL 36089
AL@healthherousa.com
**334-738-4840**

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.



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

## 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

Translation provided by the Immunization Action Coalition

Vaccine Information Statement (Interim)
Inactivated Influenza Vaccine Spanish
Office use only
8/15/2019 | 42 U.S.C. § 300aa-26