



Otoño de 2021

Estimado(a) padre, madre o tutor:

El Departamento de Salud y Control Ambiental (Department of Health and Environmental Control, DHEC) de Carolina del Sur colabora con su escuela para proporcionar vacunas antigripales a los estudiantes. Dicha vacuna estará disponible en dos formas: como vacuna o spray nasal contra la gripe. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) y el DHEC recomiendan la administración de la vacuna antigripal todos los años para todas las personas mayores de 6 meses de edad. Es la mejor manera de proteger a su hijo contra la gripe.

Le recomiendo que considere registrar a su hijo para que reciba la vacuna o el spray nasal contra la gripe en la clínica de su escuela. A continuación, se incluyen ciertas cuestiones que debe tener en cuenta:

- Los niños que se encuentran en entornos cerrados, como las escuelas, corren un mayor riesgo de enfermarse de gripe y pueden propagarla a otros estudiantes y maestros, así como a aquellas personas de su hogar y comunidad.
- Si su hijo tiene asma, diabetes u otras afecciones crónicas, tiene más probabilidades de enfermarse gravemente si contrae la gripe que otros niños. Es especialmente importante que los niños con cualquiera de estas afecciones se administren la vacuna contra la gripe todos los años.
- Un enfermero del DHEC puede administrarle a su hijo la vacuna o el spray nasal contra la gripe en la escuela, y no es necesario que falte al trabajo para llevarlo al consultorio del médico.
- La gripe es uno de los motivos principales por los que los estudiantes (y los padres) se pierden días escolares durante la temporada de influenza.

Busque información sobre el formulario de consentimiento en línea en la escuela de su hijo. La escuela también le suministrará información sobre la fecha y la hora de la clínica de vacunación contra la gripe.

¡No olvide vacunarse y garantizar que su familia se vacune contra la gripe! Puede recibir la vacuna antigripal de su Departamento de Salud local del DHEC y de su proveedor de atención médica. Aquellas personas mayores de 12 años pueden administrarse la vacuna antigripal en farmacias que la ofrezcan. Le recomiendo que busque el establecimiento que le funcione mejor.

Puede encontrar más información sobre la gripe y las clínicas de vacunación contra la gripe en nuestro sitio web: www.scdhec.gov/flu.

Atentamente,

Jonathan Knoche, MD, MPH, MSt
Asesor médico, División de Inmunización (Immunization Division)



Otoño de 2021

Estimado/a padre/madre o tutor:

El Departamento de Salud y Control Ambiental (Department of Health and Environmental Control, DHEC) de Carolina del Sur está trabajando con su distrito escolar para proporcionar vacunas antigripales en la escuela de su hijo este otoño. Este año, el DHEC ofrece la vacuna antigripal en forma tanto de inyección como de atomizador nasal. Es importante que todos los niños se vacunen cada año.

La vacuna antigripal y el atomizador nasal en la escuela no tendrán costos para usted ni para su hijo. Si corresponde, Medicaid pagará al DHEC en su nombre.

Si quiere que su hijo reciba una vacuna antigripal o atomizador nasal en la escuela, complete el anverso del formulario adjunto y envíelo a la escuela dentro de los cinco (5) días de recibida esta carta.

Si su hijo es menor de 9 años, es posible que necesite una segunda dosis de la vacuna antigripal o aplicación del atomizador nasal para una máxima protección. Se le enviará una notificación si su hijo necesitara una segunda dosis de la vacuna antigripal o aplicación del atomizador nasal.

Si su hijo no recibe la vacuna antigripal en ninguna de sus formas en la escuela, comuníquese con el proveedor de atención médica de su hijo o el departamento de salud para recibir la vacuna antigripal o el atomizador nasal.

Atentamente,

Jonathan Knoche, MD, MPH, MSt
Asesor médico, División de Inmunización (Immunization Division)

CR-011088 (10/2021)

Comuníquese con la Oficina Regional de Inmunizaciones (Regional Immunization Office) del DHEC de su condado antes de la fecha programada para la vacunación una vez que haya enviado el formulario de consentimiento para padres (Parent Consent Form) y en caso de que ocurra alguno de los siguientes eventos:

- Si hay algún cambio en la salud de su hijo.
- Si decide que ya no desea que su hijo se vacune contra la gripe en la escuela.

Información de contacto de la Oficina Regional de Inmunizaciones del DHEC:

- Condados de Allendale, Bamberg, Beaufort, Berkeley, Calhoun, Charleston, Colleton, Dorchester, Hampton, Jasper y Orangeburg: **(843) 953-0080**.
- Condados de Aiken, Barnwell, Chester, Edgefield, Fairfield, Kershaw, Lancaster, Lexington, Newberry, Richland, Saluda y York: **(803) 602-2073**.
- Condados de Abbeville, Anderson, Cherokee, Greenville, Greenwood, Laurens, McCormick, Oconee, Pickens, Spartanburg y Union: **(864) 596-2227, interno 246**.
- Condados de Chesterfield, Clarendon, Darlington, Dillon, Florence, Georgetown, Horry, Lee, Marion, Marlboro, Sumter y Williamsburg: **(843) 413-6404**.

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE O LA MADRE PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE**SOLO PARA
USO CLÍNICOSchool
District IDSchool
Name

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (escriba en tinta negra)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE		MI	APELLIDO DEL ESTUDIANTE		EDAD	GRADO
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) / /	GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		ESCUELA		MAESTRO DE AULA	
RAZA <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico			ORIGEN ÉTNICO <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino			
DOMICILIO			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR		APELLIDO DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR		TELÉFONO CELULAR DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR () -		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR				TELÉFONO DEL DOMICILIO DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR () -		

INFORMACIÓN DEL SEGURO (complete todas las casillas)

¿Su hijo/a tiene SC Medicaid? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Si la respuesta es "SÍ", indique el núm. de identificación de SC Medicaid:
¿Su hijo/a tiene un seguro médico? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Si la respuesta es "SÍ", ¿el seguro cubre la vacuna contra la gripe? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

PREGUNTAS DE DETECCIÓN SOBRE LA VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE (responda todas las preguntas)

1. ¿Su hijo/a ha tenido alguna vez una reacción grave a los huevos O una reacción grave a una vacuna antigripal anterior que le haya causado alguno de los siguientes síntomas: sibilancia, dificultad para respirar, urticaria y comezón en todo el cuerpo, hinchazón en la boca o en la garganta, presión arterial muy baja o choque?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo/a ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (un trastorno poco frecuente de debilidad muscular temporal y parálisis grave)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Si respondió "SÍ" a una de las preguntas 1 o 2, su hijo/a no puede recibir la vacuna contra la gripe estacional 2021-2022 en la escuela. Comuníquese con el/la médico/a de cabecera de su hijo/a.	
3. ¿A su hijo/a se le ha administrado alguna vacuna en los últimos 30 días? Si la respuesta es "SÍ", indique: Nombre de la vacuna: _____ Fecha de administración: _____	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo/a tiene alguna de las siguientes enfermedades: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad del metabolismo), o alguna enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones, del hígado, de los nervios o de la sangre (incluida la anemia), o tiene un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo, o no tiene bazo?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
5. ¿Su hijo/a toma aspirina o algún medicamento que contenga aspirina todos los días?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
6. ¿Su hijo/a tiene un sistema inmunológico débil? (Por ejemplo, tratamiento contra el cáncer o el VIH/SIDA, o toma medicamentos como los esteroides que pueden debilitar el sistema inmunológico)	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
7. ¿Su hija está embarazada? (Hable sobre esto con su hija para verificarlo)	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
8. ¿Su hijo/a tiene contacto estrecho con una persona que necesita de cuidados en un entorno protegido? (Por ejemplo, una persona que esté en una unidad de trasplante de médula ósea)	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
9. Si su hijo/a tiene entre 2 y 4 años, ¿ha tenido algún episodio de sibilancias en los últimos 12 meses?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
10. Su hijo/a recibió recientemente alguno de los siguientes medicamentos antivirales en los períodos de tiempo especificados a continuación: • oseltamivir o zanamivir en las últimas 48 horas; • peramivir en los últimos 5 días; • baloxavir en los últimos 17 días.	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>

Si respondió "SÍ" a una de las preguntas 3 a 10, su hijo/a no puede recibir la vacuna contra la gripe en atomizador nasal.
Recibirá una inyección antigripal.

Si respondió "NO" a las preguntas 3 a 10, seleccione la vacuna que prefiera para su hijo/a:

- Inyección antigripal (vacuna inactivada tetravalente contra la gripe {IIV4})
 Atomizador nasal (vacuna contra la gripe con virus vivos atenuados {LAIV})

Responda si su hijo/a tiene menos de 9 años:

¿Su hijo/a ha recibido al menos dos dosis de la vacuna contra la gripe antes del 1 de julio de 2021? Si la respuesta es "NO" o no está seguro, podría necesitar 2 dosis de la vacuna antigripal esta temporada.

NO SÍ NO ESTOY SEGURO

DEBE FIRMAR EN LA PÁGINA SIGUIENTE PARA QUE EL CONSENTIMIENTO SEA ACEPTADO

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Al firmar abajo, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información personal de salud de mi hijo/a para fines de salud pública y evaluación del programa. El Aviso de privacidad del DHEC se puede encontrar en el siguiente enlace: <http://www.scdhec.gov/sites/default/files/Library/ML-025046.pdf> o se puede proporcionar una copia del aviso en caso de solicitarse.

Si corresponde, al firmar abajo, solicito que se realice el pago de los beneficios de Medicaid en mi nombre al DHEC por cualquier servicio prestado a mi hijo/a. Doy permiso al DHEC para que intercambie la información médica u otra información confidencial de mi hijo/a según sea necesario a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), sus agentes u otros agentes necesarios para determinar los beneficios relacionados con la prestación del servicio. Estoy de acuerdo en participar de los planes de tratamiento y en la asignación de los beneficios de Medicaid al DHEC por los servicios prestados.

Autorización para la vacunación: Solicito voluntariamente al DHEC que administre la vacuna contra la gripe estacional a mi hijo/a mencionado/a anteriormente, y doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba la vacuna contra la gripe estacional en la escuela, que será administrada por el personal del DHEC. He leído y respondido las preguntas de la página anterior con cuidado y precisión, y entiendo que la información incorrecta podría causar graves riesgos a mi hijo/a. Entiendo que la vacuna se administrará de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) y a las respuestas que he dado a las preguntas de detección 1 a 9 en la página anterior. He leído la declaración de información sobre las vacunas contra la gripe: Inyección antigripal: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis-vis-statements/flu.pdf> o atomizador nasal: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis-vis-statements/fluive.pdf>. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna. Entiendo los riesgos y los beneficios de la vacuna. Además, doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba una segunda dosis de la vacuna contra la gripe estacional, administrada por el DHEC, en una clínica escolar, si mi hijo es menor de 9 años y si los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) de los Estados Unidos recomiendan una segunda dosis. En caso de exposición ocupacional, y si se considera necesario, doy mi consentimiento para que mi hijo/a se someta a un análisis de sangre para la seguridad del niño y del empleado. Entiendo que se le comunicará al Registro de Vacunación de Carolina del Sur sobre la información de mi hijo/a con fines de salud pública. Tengo la autoridad legal, según mi relación con la persona indicada anteriormente, para dar mi consentimiento para la administración de esta vacuna.

FIRMA DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR LEGAL	FECHA / /
--	-------------------------

DETALLES DE LA VACUNACIÓN (Influenza V04.81) SOLO PARA USO CLÍNICO – ESCRIBA EN TINTA NEGRA

FIRST DOSE	VACCINE <input type="checkbox"/> IIV4 <input type="checkbox"/> LAIV	ELIGIBILITY <input type="checkbox"/> VFC MEDICAID <input type="checkbox"/> VFC AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> VFC UNINSURED (NO INSURANCE) <input type="checkbox"/> STATE UNDERINSURED <input type="checkbox"/> STATE INSURED		
	VIS DATE 08/06/2021	MANUFACTURER: <input type="checkbox"/> GLAXOSMITHKLINE <input type="checkbox"/> ASTRA ZENECA <input type="checkbox"/> SANOFI PASTEUR		SITE OF ADMINISTRATION <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Other _____
		LOT NUMBER		
	NURSE SIGNATURE	Nurse: I hereby attest by signature below that the patient (or guardian of patient) in question has been given the Influenza Vaccine Information Sheets and has given written consent for vaccination.		DATE / /
				ECODE
PATIENT'S/STUDENT'S ASSIGNED CLASSROOM TEACHER SIGNATURE	Teacher: I hereby attest by signature below that the identity of the patient in question has been verified.		DATE / /	
<input type="checkbox"/> "What to Know After..." given to student <input type="checkbox"/> Unable to vaccinate due to _____ "Unable to Vaccinate" form given to student/school.				

SECOND DOSE	VACCINE <input type="checkbox"/> IIV4 <input type="checkbox"/> LAIV	ELIGIBILITY <input type="checkbox"/> VFC MEDICAID <input type="checkbox"/> VFC AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> VFC UNINSURED (NO INSURANCE) <input type="checkbox"/> STATE UNDERINSURED <input type="checkbox"/> STATE INSURED		
	VIS DATE 08/06/2021	MANUFACTURER: <input type="checkbox"/> GLAXOSMITHKLINE <input type="checkbox"/> ASTRA ZENECA <input type="checkbox"/> SANOFI PASTEUR		SITE OF ADMINISTRATION <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Other _____
		LOT NUMBER		
	NURSE SIGNATURE	Nurse: I hereby attest by signature below that the patient (or guardian of patient) in question has been given the Influenza Vaccine Information Sheets and has given written consent for vaccination.		DATE / /
				ECODE
PATIENT'S/STUDENT'S ASSIGNED CLASSROOM TEACHER SIGNATURE	Teacher: I hereby attest by signature below that the identity of the patient in question has been verified.		DATE / /	
<input type="checkbox"/> "What to Know After..." given to student <input type="checkbox"/> Unable to vaccinate due to _____ "Unable to Vaccinate" form given to student/school.				

Notes:

PRE-CLINIC SCREENING- FOR CLINIC USE ONLY	STUDENT NAME
FIRST DOSE ELIGIBILITY: <input type="checkbox"/> VFC MEDICAID <input type="checkbox"/> VFC AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> VFC UNINSURED (NO INSURANCE) <input type="checkbox"/> STATE UNDERINSURED <input type="checkbox"/> STATE INSURED	MCI Number
SECOND DOSE NEEDED? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	
SECOND DOSE ELIGIBILITY: <input type="checkbox"/> VFC – MEDICAID <input type="checkbox"/> VFC AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> VFC UNINSURED (NO INSURANCE) <input type="checkbox"/> STATE UNDERINSURED <input type="checkbox"/> STATE INSURED	Date of Birth / /