

VACUNA CONTRA LA GRIPE EN LA ESCUELA

Estimado Padre/Tutor:

La mejor manera de mantener a nuestros estudiantes sanos durante la temporada de la gripe es vacunarlos contra el virus de la influenza. Su Departamento de Salud del Condado local programará clínicas voluntarias de vacunación contra la gripe en las escuelas locales en las próximas semanas. Todos los estudiantes inscritos serán elegibles para recibir la vacuna contra la gripe, con el consentimiento de sus padres. Estas clínicas se establecerán con una interrupción mínima al día escolar. La vacuna nasal *no se ofrecerá* este año.

La vacuna proporcionada será la Influenza Trivalente Inactivada (TIV): vacuna contra la gripe administrada como inyección.

Para obtener más información sobre la vacuna contra la gripe, por favor consulte la Declaración de Información Sobre la Vacuna (VIS) "Lo Que Debe Saber" adjuntada.

Todos los niños son elegibles para participar sin importar el estado del seguro. Si su hijo tiene seguro médico que cubre las vacunas, por favor proporcione la información del seguro de su hijo y una copia de su tarjeta de seguro. *Si su seguro no acepta pagar la tarifa o no tiene seguro, no le cobraremos a usted ni a su seguro.*

Si desea vacunar a su hijo durante la clínica de gripe basada en la escuela, por favor:

1. Lea la Declaración de Información sobre la Vacuna "Lo Que Debe Saber" incluida con esta carta.
2. Debe por completo llenar, firmar, y fechar el formulario de consentimiento adjunto.
3. Regrese el formulario de consentimiento a la escuela lo antes posible, a más tardar 1 semana después de recibir este paquete.

Por favor no devuelva el formulario si no desea que su hijo sea vacunado.

El personal de la escuela le informará cuando se llevará a cabo la clínica de la vacuna contra la gripe en la escuela de su hijo.

Si desea retirar el consentimiento en cualquier momento antes de la clínica de la escuela, comuníquese con la escuela o la enfermera de la escuela.

Los niños hasta la edad de nueve años que no hayan recibido la vacuna contra la gripe en el pasado pueden necesitar una segunda dosis aproximadamente un mes después de la primera dosis para tener la mejor protección contra la gripe. *Si su hijo necesita una segunda dosis*, le enviaremos a casa otro formulario de consentimiento para que lo complete y firme antes de administrar la vacuna.

Si tiene alguna pregunta sobre la vacuna o las clínicas de vacunación, por favor contacte a su **departamento de salud local** O:

Synita Mathis, DNP, RN, CLC
Southeast Health District Immunization Coordinator
1-855-473-4374 (Call Center)
Synita.Mathis@dph.ga.gov

El proveedor de salud médica de su hijo también puede responder a sus preguntas sobre el virus de la influenza y puede administrarle la vacuna estacional contra la influenza a su hijo.

Su información de atención médica está protegida. Puede ver una copia de nuestro Aviso de la Póliza de Privacidad de HIPAA visitando <http://www.sehdph.org/our-counties> y seleccionando su condado de residencia.

Gracias por ayudarnos a mantener a nuestros estudiantes seguros y sanos.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE 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/vi

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vi

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 cada año en Estados Unidos, generalmente entre octubre y mayo. Aunque cualquiera puede contraer la gripe, es más peligrosa para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, personas de 65 años o más, mujeres embarazadas y las personas con ciertas enfermedades o sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe.

La neumonía, bronquitis, infecciones sinusales e 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, dolor muscular, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Aunque algunas personas podrían tener vómito y diarrea, esto es más frecuente en niños que en adultos.

En un año promedio, miles de personas mueren por influenza en Estados Unidos y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene cada año millones de casos de la enfermedad y visitas al médico relacionadas con la gripe.

2. Vacuna contra la influenza

Los CDC recomiendan que todas las personas de 6 meses o más se vacunen en cada temporada de gripe. En niños de 6 meses a 8 años, se podrían 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 después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se produce una nueva vacuna contra la gripe, para proteger contra los virus de la influenza que se cree que probablemente causen enfermedad en la temporada venidera de gripe. Incluso si la vacuna no coincide exactamente con estos virus, todavía brindaría cierta protección.

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

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

3. Hable con su proveedor de atención médica

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

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **Guillain-Barré Syndrome** (también llamado “GBS”)

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

La vacuna contra la gripe se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo. Las mujeres que están o estarían embarazadas durante la temporada de influenza deben recibir la vacuna inactivada contra la influenza.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad

moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4. Riesgos de una reacción a la vacuna

• Podría haber dolor, enrojecimiento e hinchazón en el sitio de la inyección, fiebre, dolor muscular y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.

• Es posible un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el Guillain-Barré Syndrome (GBS) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben juntas la vacuna contra la gripe y la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP podrían tener probabilidades levemente mayores de convulsiones 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 procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. 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, otra lesión grave o la muerte.

5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada 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 a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Spanish translation provided by Immunize.org

Vaccine Information Statement

Inactivated Influenza Vaccine



U.S. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

42 U.S.C. § 300aa-26

1/31/2025

OFFICE USE ONLY



Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). 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 National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. 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.

7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
 - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
 - Visite el sitio web de los CDC en www.cdc.gov/flu.

2026-2027 Formulario de Consentimiento para Vacunación contra la Influenza en las Escuelas



Nombre de la Escuela: _____

Si NO desea que su hijo reciba la vacuna contra la gripe en la escuela, por favor NO complete ni envíe este formulario.

Sección 1: Información acerca del Estudiante que Recibirá la Vacuna contra la Influenza (por favor escriba en letra de molde)

NOMBRE DEL (la) ESTUDIANTE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO		APODO (Nombre que usa el estudiante):	
FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)		EDAD	SEXO: (Círcule uno) Masculino Femenino		MAESTRO	GRADO
ETNICIDAD (Marque uno) Hispano/Latino ☐ Sí / ☐ No		RAZA (Círcule uno) Afroamericano Blanco Asiático Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska Hawaiano o Otro Isleño del Pacífico Otro			NOMBRE DEL PADRE (o madre) / TUTOR LEGAL	
DIRECCION DE CASA:					NUMERO TELEFÓNICO DE LOS PADRES/ TUTOR	
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL		*Proporcione la información del plan del seguro abajo Nombre del Titular de la Póliza/Nombre en la tarjeta:	
INFORMACIÓN DEL SEGURO: ¿Tiene algún seguro que cubre las vacunas? ☐ Sí / ☐ No Si la respuesta es "Sí," por favor marcar el proveedor de seguro a continuación y complete la información a la derecha*: ☐ Aetna ☐ Medicaid/Amerigroup/Peachstate/Wellcare/CareSource ☐ Peachcare for Kids ☐ Blue Cross Blue Shield/Anthem ☐ Cigna ☐ United Healthcare ☐ Coventry ☐ Otro _____ ☐ No tengo seguro					# ID Miembro: _____ # Grupo/Tipo de Póliza (HMO, PPO, CMO): _____ Por favor adjunte una copia de la tarjeta del seguro medico a este formulario.	

Sección 2: Información Médica

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si este estudiante puede recibir la vacuna contra la influenza. Por favor círculo Sí o No a cada pregunta.

1. ¿Cuándo fue la última vez que el/la estudiante recibió la vacuna para la gripa (si se sabe)?	FECHA:	
2. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción alérgica grave a los huevos?	Sí	No
3. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a alguna vacuna contra la influenza (gripe)?	Sí	No
4. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	Sí	No

Sección 3: Consentimiento a Vacunar

Si este formulario de consentimiento no está completo, firmado con la fecha y devuelto, el(la) estudiante no será vacunado(a) en la escuela.

CONSENTIMIENTO PARA QUE EL(LA) ESTUDIANTE RECIBA LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

Al firmar abajo, yo reconozco que el(la) estudiante y la información médica proporcionada arriba es correcta. Me han dado una copia de la DECLARACION DE INFORMACION SOBRE LA VACUNA para la VACUNA CONTRA LA INFLUENZA y el FORMULARIO de NOTIFICACIÓN DE LA POLÍZA DE PRIVACIDAD. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza que se le dará al estudiante al cual estoy autorizado a representar. Entiendo que participar y recibir la vacuna contra la influenza a través de este programa es completamente voluntario.

Al firmar abajo, yo doy permiso para que el estudiante mencionado arriba reciba la vacuna contra la gripe en la escuela.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

FOR CLINIC USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE LA CLÍNICA)

VIS: Inactivated Influenza Vaccine 1/31/2025

Administration Route: ☐ IM / LEFT Deltoid ☐ IM / RIGHT Deltoid

Mfg: _____

Lot #: _____

Exp Date: _____

NURSE SIGNATURE

DATE

Demographic/insurance information entered/updated by: _____ Date: _____

PUBLIC

\$PRIVATE\$

PIN#: