September 16, 2026

Dear Haldane Community -

We are pleased to share that the Putnam County Department of Health is resuming their school-based flu clinics this year. **Haldane's clinic will be held during the morning of Tuesday, September 29, 2026 on the Auditorium Stage.**

If you would like to have your child receive a no-cost flu shot during the school day, please complete the following steps. Please note that your child should be comfortable receiving a vaccine without you present.

1. Click the **registration link.**
2. Complete all requested information and questions.
3. Check the box for SMS notifications to receive a text confirmation of the appointment.

Registration for this clinic will close on Friday, September 25, 2026. Late registrations and walk-ins will not be accepted.

Please review the attached Patient Bill of Rights and Influenza Vaccine information. All questions should be directed to the Putnam County Department of Health direct immunization line at 845-808-1332.

Sincerely,
Gail Duffy, EdD
Superintendent of Schools

Patients' Bill of Rights for Diagnostic & Treatment Centers (Clinics)

As a patient in a Clinic in New York State, you have the right, consistent with law, to:

(1) Receive service(s) without regard to age, race, color, sexual orientation, religion, marital status, sex, gender identity, national origin or sponsor;

(2) Be treated with consideration, respect and dignity including privacy in treatment;

(3) Be informed of the services available at the center;

(4) Be informed of the provisions for off-hour emergency coverage;

(5) Be informed of and receive an estimate of the charges for services, view a list of the health plans and the hospitals that the center participates with; eligibility for third-party reimbursements and, when applicable, the availability of free or reduced cost care;

(6) Receive an itemized copy of his/her account statement, upon request;

(7) Obtain from his/her health care practitioner, or the health care practitioner's delegate, complete and current information concerning his/her diagnosis, treatment and prognosis in terms the patient can be reasonably expected to understand;

(8) Receive from his/her physician information necessary to give informed consent prior to the start of any nonemergency procedure or treatment or both. An informed consent shall include, as a minimum, the provision of information concerning the specific procedure or treatment or both, the reasonably foreseeable risks involved, and alternatives for care or treatment, if any, as a reasonable medical practitioner under similar circumstances would disclose in a manner permitting the patient to make a knowledgeable decision;

(9) Refuse treatment to the extent permitted by law and to be fully informed of the medical consequences of his/her action;

(10) Refuse to participate in experimental research;

(11) Voice grievances and recommend changes in policies and services to the center's staff, the operator and the New York State Department of Health without fear of reprisal;

(12) Express complaints about the care and services provided and to have the center investigate such complaints. The center is responsible for providing the patient or his/her designee with a written response within 30 days if requested by the patient indicating the findings of the investigation. The center is also responsible for notifying the patient or his/her designee that if the patient is not satisfied by the center response, the patient may complain to the New York State Department of Health;

(13) Privacy and confidentiality of all information and records pertaining to the patient's treatment;

(14) Approve or refuse the release or disclosure of the contents of his/her medical record to any health-care practitioner and/or health-care facility except as required by law or third-party payment contract;

(15) Access to his/her medical record per Section 18 of the Public Health Law, and Subpart 50-3. For additional information link to: http://www.health.ny.gov/publications/1449/section_1.htm#access;

(16) Authorize those family members and other adults who will be given priority to visit consistent with your ability to receive visitors;

(17) When applicable, make known your wishes in regard to anatomical gifts. Persons sixteen years of age or older may document their consent to donate their organs, eyes and/or tissues, upon their death, by enrolling in the NYS Donate Life Registry or by documenting their authorization for organ and/or tissue donation in writing in a number of ways (such as health care proxy, will, donor card, or other signed paper). The health care proxy is available from the center;

(18) View a list of the health plans and the hospitals that the center participates with; and

(19) Receive an estimate of the amount that you will be billed after services are rendered.



Patients' Rights, 10NYCRR, Section 751.9

Derechos del paciente para los Centros de diagnóstico y tratamiento (clínicas)

Como paciente de una clínica del estado de Nueva York, de acuerdo con la ley, usted tiene derecho a:

(1) recibir los servicios independientemente de su edad, raza, color, orientación sexual, religión, estado civil, sexo, identidad de género, nacionalidad o patrocinador;

(2) ser tratado con consideración, respeto y dignidad, lo que incluye la privacidad de su tratamiento;

(3) ser informado sobre la disponibilidad de los servicios en la clínica;

(4) ser informado sobre las disposiciones de la cobertura de emergencia fuera de los horarios de atención;

(5) ser informado y recibir un cálculo de los cargos cobrados por los servicios, tener una lista de los planes de salud y hospitales con los que el centro participa; elegibilidad para reintegro a terceros y, cuando corresponda, la disponibilidad de atención gratuita o a menor costo;

(6) recibir una copia detallada de la liquidación de su cuenta cuando así lo solicite;

(7) obtener de parte de su médico tratante o del médico en quien se delega su atención, información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que se pueda esperar razonablemente que el paciente comprenda;

(8) recibir de parte de su médico la información necesaria para aceptar el consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento o tratamiento que no sea de emergencia, o ambos; el consentimiento informado incluirá, como mínimo, la información relacionada con el procedimiento o tratamiento específico, o ambos, los riesgos razonables esperados y las alternativas de atención o tratamiento, si las hubiera, que un médico practicante en un caso similar divulgaría de forma que le permita al paciente tomar una decisión informada;

(9) negarse a recibir tratamiento en la medida en que la ley lo permita y a conocer íntegramente las consecuencias médicas de esa acción;

(10) negarse a participar en un estudio de investigación;

(11) expresar sus quejas y sugerir cambios en las políticas y los servicios al personal de la clínica, al operador y al New York State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York);

(12) expresar sus quejas sobre la atención y los servicios proporcionados y a que la clínica investigue dichas quejas. La clínica es responsable de proporcionar al paciente o a su persona designada una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días si así lo solicitara el paciente, en la cual se indiquen los resultados de la investigación. La clínica también es responsable de notificar al paciente o a su persona designada que, si el paciente no está satisfecho con la respuesta que le proporciona la clínica, podrá presentar su queja ante el New York State Department of Health (Departamento de Salud del estado de Nueva York)

(13) la privacidad y confidencialidad de toda la información y los registros pertenecientes al tratamiento del paciente;

(14) aprobar o rechazar la publicación o la divulgación del contenido de los registros médicos a algún profesional de atención médica o institución de atención médica, a menos que así lo exija la ley o un contrato con un tercero pagador;

(15) acceder a su registros médicos de acuerdo con la Sección 18 de la Public Health Law (Ley de Salud Pública), y la Sub-Sección 50-3. Para conocer información adicional, ingrese en este enlace: http://www.health.ny.gov/publications/1449/section_1.htm#access;

(16) autorizar a aquellos miembros de la familia y a otros adultos a los que les dé prioridad a que lo visiten de acuerdo con su capacidad para recibir visitas; y

(17) cuando corresponda, hacer saber sus deseos sobre la donación de órganos. Los mayores de dieciséis años podrán registrar su consentimiento para la donación de órganos, ojos o tejidos, en caso de fallecimiento, inscribiéndose en el Registro Donate Life del estado de Nueva York o registrando la autorización para la donación de órganos o tejido de varias maneras (por ejemplo, mediante poder para asuntos médicos, testamento, credencial de donante u otro instrumento firmado). En el centro podrá obtener un poder para asuntos médicos;

(18) tener una lista de los planes de salud y hospitales con los que el centro participa;

(19) recibir un cálculo del importe que se le facturará tras obtener los servicios.



Department of Health

Patients' Rights, 10NYCRR, Section 751.9

PUTNAM COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH
1 Geneva Road, Brewster, NY 10509 ■ 845-808-1390
www.putnamcountyny.gov/health
A PHAB-ACCREDITED HEALTH DEPARTMENT

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW YOUR MEDICAL INFORMATION MAY BE USED AND DISCLOSED, AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

The Putnam County Department of Health is providing this Notice of Privacy Practices because the privacy of your health information is important, and so that we will be in compliance with federal regulations.

USES AND DISCLOSURES THAT DO NOT REQUIRE YOUR SPECIAL AUTHORIZATION:

We may use your information:
- to provide treatment for you (for example, to talk to your doctor)
- to obtain payment (for example, your insurance company, or Medicare or Medicaid)
- to make sure our staff is providing the best care possible (for example, training and supervision)

We are sometimes required or permitted to use or disclose your information:
- to meet federal, state or local law requirements
- to protect public health (for example, to report communicable diseases)
- to report abuse, neglect or domestic violence
- to allow a health oversight agency to make sure we are following regulations.
- for law enforcement purposes (for example, to respond to a subpoena)
- we may also call you to remind you of your appointments.

WE MAY NOT USE OR DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION FOR OTHER THAN THE ABOVE REASONS WITHOUT YOUR WRITTEN AUTHORIZATION. YOU MAY ALSO REVOKE YOUR AUTHORIZATION IN WRITING AT ANY TIME.

YOUR RIGHTS TO YOUR HEALTH INFORMATION:
Your requests must be in writing, or you may call the Privacy Officer, at (845) 808-1390 for assistance.

- You have the right to request limits on how we use or disclose your health information. We do not have to agree to these limitations.
- You have the right to request that we speak only to you in private about your health information.
- You have the right to see a copy of your health information.
- You have the right to ask us to change or amend your health information. We may not agree or be able to make those changes.
- You have the right to request a record of anytime we disclosed your information for any reason other than treatment, billing, or health care operations.

OUR RESPONSIBILITIES:
- We are required by law to keep your health records private.
- We are required to provide you with a copy of this notice.
- We are required to abide by the terms of the notice.
- We have the right to change the notice. If we do, we will provide you with a copy of the new notice. The current notice will also be on our website www.putnamcountyny.com.

COMPLAINTS
If you feel your privacy has been violated, you may call our Privacy Officer at (845) 808-1390.
You may also file a complaint by writing to: The Secretary of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201

This notice is effective April 14, 2003.

Reviewed and revised 2/9/23 DL, 4/26/26 JR

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE PUTNAM
1 Geneva Road, Brewster, NY 10509 ■ 845-808-1390
www.putnamcountyny.gov/health

DEPARTAMENTO DE SALUD ACREDITADO POR PHAB

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

El Departamento de Salud del Condado de Putnam proporciona este Aviso de Prácticas de Privacidad porque la privacidad de su información de salud es importante y para cumplir con las reglamentaciones federales.

USOS Y DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN ESPECIAL:

Podemos usar su información:

- para brindarle tratamiento (por ejemplo, para hablar con su médico)
- para obtener el pago (por ejemplo, de su compañía de seguros, Medicare o Medicaid)
- para asegurar que nuestro personal brinde la mejor atención posible (por ejemplo, capacitación y supervisión)

En ocasiones, se nos exige o permite usar o divulgar su información:

- para cumplir con los requisitos de las leyes federales, estatales o locales
- para proteger la salud pública (por ejemplo, informar enfermedades transmisibles)
- para denunciar abuso, negligencia o violencia doméstica
- para permitir que una agencia de supervisión sanitaria verifique que cumplimos con las reglamentaciones
- para fines de aplicación de la ley (por ejemplo, responder a una citación judicial)
- también podemos llamarlo(a) para recordarle sus citas.

NO PODEMOS USAR NI DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD POR MOTIVOS DISTINTOS A LOS INDICADOS ANTERIORMENTE SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO. TAMBIÉN PUEDE REVOCAR SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO.

SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD:
Sus solicitudes deben presentarse por escrito. Si necesita ayuda, puede llamar al Oficial de Privacidad al (845) 808-1390.

- Tiene derecho a solicitar límites sobre cómo usamos o divulgamos su información de salud. No estamos obligados a aceptar esas limitaciones.
- Tiene derecho a solicitar que hablemos únicamente con usted, en privado, acerca de su información de salud.
- Tiene derecho a ver una copia de su información de salud.
- Tiene derecho a pedirnos que cambiemos o modifiquemos su información de salud. Es posible que no aceptemos o no podamos efectuar esos cambios.
- Tiene derecho a solicitar un registro de las veces que divulgamos su información por motivos distintos al tratamiento, la facturación o las operaciones de atención médica.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES:

- La ley nos exige mantener privados sus expedientes de salud.
- Debemos proporcionarle una copia de este aviso.
- Debemos cumplir con los términos de este aviso.
- Tenemos derecho a cambiar este aviso. Si lo hacemos, le proporcionaremos una copia del nuevo aviso. El aviso vigente también estará disponible en nuestro sitio web www.putnamcountyny.com.

QUEJAS
Si considera que se ha violado su privacidad, puede llamar a nuestro Oficial de Privacidad al (845) 808-1390.
También puede presentar una queja por escrito ante:

El Secretario de Salud y Servicios Humanos
200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201

Este aviso entra en vigor el 14 de abril de 2003.

Revisado: 2/9/23 DL, 4/26/23 KP

Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): *What you need to know*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1. Why get vaccinated?

Influenza vaccine can prevent **influenza (flu)**.

Flu is a contagious disease that spreads around the United States every year, usually between October and May. Anyone can get the flu, but it is more dangerous for some people. Infants and young children, people 65 years and older, pregnant women, and people with certain health conditions or a weakened immune system are at greatest risk of flu complications.

Pneumonia, bronchitis, sinus infections, and ear infections are examples of flu-related complications. If you have a medical condition, such as heart disease, cancer, or diabetes, flu can make it worse.

Flu can cause fever and chills, sore throat, muscle aches, fatigue, cough, headache, and runny or stuffy nose. Some people may have vomiting and diarrhea, though this is more common in children than adults.

In an average year, **thousands of people in the United States die from flu**, and many more are hospitalized. Flu vaccine prevents millions of illnesses and flu-related visits to the doctor each year.

2. Influenza vaccines

CDC recommends everyone 6 months and older get vaccinated every flu season. **Children 6 months through 8 years of age** may need 2 doses during a single flu season. **Everyone else** needs only 1 dose each flu season.

It takes about 2 weeks for protection to develop after vaccination.

There are many flu viruses, and they are always changing. Each year a new flu vaccine is made to protect against the influenza viruses believed to be likely to cause disease in the upcoming flu season.

Even when the vaccine doesn't exactly match these viruses, it may still provide some protection.

Influenza vaccine **does not cause flu**.

Influenza vaccine may be given at the same time as other vaccines.

3. Talk with your health care provider

Tell your vaccination provider if the person getting the vaccine:

- Has had an **allergic reaction after a previous dose of influenza vaccine**, or has any **severe, life-threatening allergies**
- Has ever had **Guillain-Barré Syndrome** (also called "GBS")

In some cases, your health care provider may decide to postpone influenza vaccination until a future visit.

Influenza vaccine can be administered at any time during pregnancy. Women who are or will be pregnant during influenza season should receive inactivated influenza vaccine.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting influenza vaccine.

Your health care provider can give you more information.

CDC U.S. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

4. Risks of a vaccine reaction

- Soreness, redness, and swelling where the shot is given, fever, muscle aches, and headache can happen after influenza vaccination.
- There may be a very small increased risk of Guillain-Barré Syndrome (GBS) after inactivated influenza vaccine (the flu shot).

Young children who get the flu shot along with pneumococcal vaccine (PCV13) and/or DTaP vaccine at the same time might be slightly more likely to have a seizure caused by fever. Tell your health care provider if a child who is getting flu vaccine has ever had a seizure.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

5. What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call **9-1-1** and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at **www.vaers.hhs.gov** or call **1-800-822-7967**. *VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff members do not give medical advice.*

6. The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines. Claims regarding alleged injury or death due to vaccination have a time limit for filing, which may be as short as two years. Visit the VICP website at **www.hrsa.gov/vaccinecompensation** or call **1-800-338-2382** to learn about the program and about filing a claim.

7. How can I learn more?

- Ask your health care provider.
- Call your local or state health department.
- Visit the website of the Food and Drug Administration (FDA) for vaccine package inserts and additional information at **www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines**.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
  - Call **1-800-232-4636** (**1-800-CDC-INFO**) or
  - Visit CDC's website at **www.cdc.gov/flu**.

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/vis

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite 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 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 empeorarla.

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 estarán 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

U.S. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

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.

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**.

Spanish translation provided by Immunize.org