

Estimado padre/representante:

La gripe o influenza, conocida en inglés también como “the flu”, es una enfermedad grave que afecta a personas de cualquier edad. **El año pasado, tuvimos una temporada de gripe muy fuerte** en la cual miles de habitantes de Maryland se enfermaron gravemente y algunos murieron. Una de las mejores maneras de prevenir la gripe es a través de las vacunas. Se recomienda que toda persona mayor de 6 meses de edad reciba una inmunización contra la gripe.

La clínica de la escuela de su hijo se celebrará en octubre. Enviaremos a casa un aviso el día en que haya sido vacunado. **Si quiere que su hijo sea vacunado**, llene únicamente el consentimiento en papel O en línea. **NO llene ambos.**

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EN LÍNEA

1. Lea la declaración de información sobre vacunas, la cual se encuentra en www.immunizemaryland.org/school-clinic-consent-form o en la oficina de la enfermera de su escuela.
2. Llene el **formulario de consentimiento en línea** en www.vaccineconsent.com. Este es un **sitio web seguro y privado**.

O

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EN PAPEL

1. Llene y entregue el formulario de consentimiento que está al otro lado de esta carta. Asegúrese de:
 - Llenar cada sección. Escriba limpiamente usando tinta.
 - Utilice su tarjeta de seguros para llenar correctamente su información de seguros. Se le enviará la factura a su aseguradora. No hay copago ni deducible. **NO se le cobrará**, ni de parte nuestra ni de su aseguradora.
 - Entregue el formulario de consentimiento **a más tardar el 21 de septiembre**.

Esperamos que se una a nuestra lucha contra la gripe. Vacunar a su hijo ayudará a mantenerlo saludable y evitará que contagie a otros. También reducirá el tiempo de clases y trabajo que se pierda. ¡Esperamos prevenir la gripe con su ayuda!

Atentamente,

Partnership for Prevention & Howard County Public School System

Formulario de consentimiento al reverso



Formulario de consentimiento de las Escuelas Públicas del Condado de Howard para INYECTABLE SY 2018-19 - Clínica de la gripe

Por favor imprima claramente en tinta

Complete esto	APELLIDO del estudiante	NOMBRE del estudiante	M.I.	Fecha de nacimiento del estudiante	Edad	Sexo	Grado
				/ /		F M	
	APELLIDO del padre / tutor	NOMBRE del padre / tutor	M.I.	Teléfono celular / diurno			
	Dirección:			Dirección de correo electrónico			
	Ciudad	Código postal	Nombre de la escuela		Maestro / aula		
El Nombre del Doctor				Dirección de Correo Electrónico del Doctor			

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO: LLÉNELA COMPLETAMENTE Y CON EXACTITUD

Copie esta información de SU TARJETA DE SEGURO. Facturaremos a su seguro directamente. **NO se le cobrará** un copago o deducible.

Tipo de seguro:	<input type="checkbox"/> Seguro privado o asistencia médica <input type="checkbox"/> Mi hijo no tiene seguro de salud		(Su hijo no será rechazado si no tiene seguro)																					
Nombre de la compañía de seguros	Número de identificación de miembro (escriba en los cuadros siguientes)																							
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
	Número de grupo																							
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
PARA SEGURO PRIVADO SOLAMENTE.																								
Nombre del titular / adulto asegurado Relación con el estudiante Fecha de nacimiento del adulto asegurado Cualquier otro Nro. de la tarjeta del seguro																								

1. ¿Alguno de los siguientes se aplica a su hijo? (Si responde Sí a alguna pregunta, es posible que su hijo no sea vacunado).

Sí <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado? <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido convulsiones en el pasado?	No <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido el síndrome de Guillain-Barre? <input type="checkbox"/> ¿Tiene alergias graves a medicamentos, alimentos o látex? En caso afirmativo explicar: _____
--	---

Si su hijo tiene menos de 9 años y no se ha vacunado antes, es posible que este año necesite una segunda vacuna contra la gripe. Consulte con su proveedor de atención médica para ver si su hijo necesita una segunda "dosis" de la vacuna.

CONSENTIMIENTO PARA VACUNA(S) - DEBE FIRMAR AQUÍ PARA QUE SU NIÑO / A PUEDA VACUNARSE

Al firmar este formulario, doy mi autorización para que mi hijo sea vacunado, se facture a mi compañía de seguros y se ingrese la vacuna en el registro de inmunización de ImmuNet, Maryland. Además, confirmo que:

- (1) La información anterior es correcta; (2) He leído la Declaración de Información sobre Vacunas actual o alguien me la ha leído;
- (3) Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna que he consentido que mi hijo reciba; y
- (4) Se han respondido todas las preguntas que tenía sobre la(s) vacuna(s).

Firma del padre / tutor legal _____ Fecha: ____/____/____

Si tiene alguna pregunta sobre la vacuna contra la gripe, comuníquese con el médico de su hijo o el departamento de salud o vaya a www.flu.gov.

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Date of Administration / VIS Given	Vaccine	Vaccine Manufacturer	Lot Number	PRINT Name of Vaccine Administrator

DECLARACION DE INFORMACIÓN DE VACUNA

Vacuna (inactiva o recombinante) contra la influenza (gripe): *Lo que debe saber*

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

Las hojas de Información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1 ¿Por qué vacunarse?

La influenza (gripe o el “flu”) es una enfermedad contagiosa que se propaga por los Estados Unidos cada año, normalmente entre octubre y mayo.

La influenza es causada por el virus de influenza, y la mayoría de las veces se propaga a través de tos, estornudos y contacto cercano.

Cualquier persona puede contraer la influenza. Los síntomas aparecen repentinamente, y pueden durar varios días. Los síntomas varían según la edad, pero pueden incluir:

- fiebre o escalofríos
- tos
- dolor de garganta
- dolor de cabeza
- dolor muscular
- congestión o secreción nasal
- cansancio

La influenza también puede causar neumonía e infecciones en la sangre, y puede causar diarrea y convulsiones en los niños. Si tiene una condición médica, como cardiopatía o una enfermedad en los pulmones, la influenza la puede empeorar.

La influenza es más grave en algunas personas. Los niños pequeños, gente de 65 años de edad o mayores, mujeres embarazadas y gente con ciertas condiciones físicas o un sistema inmunológico debilitado corren mayor riesgo.

Cada año **miles de personas en los Estados Unidos mueren a causa de la influenza**, y muchas más son hospitalizadas.

La vacuna contra la influenza puede:

- prevenir que usted se enferme de la influenza,
- reducir la severidad de la influenza si la contrae, y
- prevenir que contagie a su familia y otras personas con la influenza.

2 Vacunas contra la influenza inactivas y recombinantes

Se recomienda una dosis de la vacuna contra la influenza cada temporada de influenza. Algunos niños, entre los 6 meses a 8 años de edad, pueden necesitar dos dosis durante la misma temporada de influenza. Todos los demás sólo necesitan una dosis en cada temporada de influenza.

Algunas vacunas antigripales inactivas contienen una muy pequeña cantidad de timerosal, un preservativo que contiene mercurio. Los estudios no han demostrado que el timerosal en las vacunas es dañino, pero hay vacunas antigripales disponibles que no contienen timerosal.

No hay ningún virus vivo en las inyecciones contra la influenza. **No pueden causar la influenza.**

Hay muchos virus de influenza, y cambian constantemente. Cada año se formula una nueva vacuna antigripal para proteger contra 3 o 4 virus que serán los más probables causantes de enfermedad durante la próxima temporada de influenza. Pero incluso cuando la vacuna no previene estos virus, todavía puede proporcionar cierto nivel de protección.

La vacuna contra la influenza no puede prevenir:

- la influenza causada por un virus que no es protegido por la vacuna o
- enfermedades que son similares a la influenza pero no son la influenza.

Toma alrededor de 2 semanas desarrollar protección después de la vacunación, y dicha protección dura a lo largo de la temporada de la influenza.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

Dígale a la persona que lo vacune:

- **Si tiene alguna alergia grave y potencialmente mortal.** Si ha tenido una reacción alérgica y potencialmente mortal después de una vacuna antigripal, o si es gravemente alérgico a cualquier componente de esta vacuna, se le podrá aconsejar que no se vacune. La mayoría, pero no todas, las vacunas antigripales contienen una pequeña cantidad de proteína de huevo.
- **Si ha tenido el Síndrome de Guillain-Barré (también conocido como GBS).** Algunas personas con antecedentes de GBS no deben recibir esta vacuna. Debe consultar a su médico sobre esto.
- **Si no se siente bien.** Normalmente está bien el ser vacunado contra la influenza cuando está levemente enfermo, pero es posible que se le pida regresar cuando se sienta mejor.

4 Riesgos de reacción a la vacuna

Igual que cualquier medicamento, incluyendo las vacunas, hay riesgo de efectos secundarios. Normalmente son leves y se resuelven solos, pero también pueden ocurrir reacciones graves.



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

La mayoría de las personas que se vacunan contra la influenza no tienen ningún problema con la vacuna.

Problemas leves que pueden ocurrir después de la vacuna antigripal inactiva::

- Dolor, enrojecimiento o hinchazón donde recibió la inyección
- Ronquera
- Dolor, enrojecimiento o comezón en los ojos
- Tos
- Fiebre
- Dolores
- Dolor de cabeza
- Comezón
- Cansancio

Si estos problemas ocurren, normalmente comienzan poco después de la vacunación y duran de 1 a 2 días.

Problemas más graves que pueden ocurrir después de la vacuna antigripal inactiva incluyen:

- Es posible que haya un riesgo un poco mayor de contraer el Síndrome Guillain-Barré (GBS) después de recibir una vacuna antigripal inactiva. Se estima que este riesgo causa 1 ó 2 casos adicionales por cada millón de personas que recibe la vacunación. Esto es mucho menor que el riesgo de padecer de complicaciones severas causadas por la influenza, lo cual puede ser prevenido a través de la vacuna contra la influenza.
- Los niños pequeños que reciben la vacuna antigripal y la vacuna neumocócica (PCV13) o la vacuna DTaP a la misma vez pueden ser ligeramente más propensos de sufrir convulsiones causadas por fiebre. Pídale más información a su médico. Avísele a su médico si el niño que será vacunado ha tenido convulsiones.

Problemas que pueden ocurrir después de cualquier vacuna inyectada:

- Desmayos breves pueden ocurrir después de cualquier procedimiento médico, incluso la vacunación. Para evitar desmayos y heridas causadas por ellos, siéntese o acuéstese por alrededor de 15 minutos. Avísele a su médico si se siente mareado o si tiene cambios en su visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas padecen de un dolor agudo y amplitud de movimiento reducida en el hombro del brazo donde se recibió la inyección. Esto ocurre muy raramente.
- Cualquier medicamento puede causar una reacción alérgica grave. Tales reacciones a una vacuna ocurren muy raramente, estimados en menos de 1 en un millón de dosis, y normalmente pasa en unos pocos minutos a varias horas después de la vacunación.

Como con cualquier medicamento, hay la posibilidad remota que la vacuna cause daño grave o la muerte.

Siempre se supervisa la seguridad de las vacunas. Para más información, visite www.cdc.gov/vaccinesafety/

5

¿Y si ocurren reacciones graves?

¿En qué me debo fijar?

- Fíjese en cualquier cosa que le preocupe, como los síntomas de una reacción alérgica grave, fiebre muy alta o comportamientos inusuales.

Síntomas de una reacción alérgica grave incluyen ronchas, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad al respirar, ritmo cardíaco acelerado, mareos y debilidad. Estos síntomas empezarán de unos pocos minutos a unas horas después de la vacunación.

¿Qué debo hacer?

- Si cree que hay una reacción alérgica grave u otra emergencia que necesita atención inmediata, llame al 9-1-1 y lleve a la persona al hospital más cercano. Si no, puede llamar a su médico.
- Se debe reportar las reacciones al Sistema de Información sobre Eventos Adversos a Vacunas (VAERS). Su médico debe presentar este informe, o usted puede hacerlo por el sitio web de VAERS: www.vaers.hhs.gov, o llamando al 1-800-822-7967.

VAERS no da consejos médicos.

6

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por Vacunas

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por Vacunas (*Vaccine Injury Compensation Program, VICP*) es un programa federal creado para compensar a aquellas personas que pueden haber sido lesionadas por ciertas vacunas.

Las personas que creen que posiblemente hayan resultado heridas por una vacuna pueden encontrar más información sobre el programa y sobre la presentación de reclamos llamando al 1-800-338-2382 o visitando el sitio web del VICP www.hrsa.gov/vaccinecompensation. Hay un límite de plazo para presentar un reclamo de indemnización.

7

¿Cómo puedo saber más?

- Consulte a su proveedor de la salud. Él o ella le puede dar un folleto con información sobre la vacuna o sugerir otras fuentes de información.
- Llame a su departamento de la salud local o de su estado.
- Contacte a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*):
 - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
 - Visite al sitio web del CDC: www.cdc.gov/flu

Vaccine Information Statement
Inactivated Influenza Vaccine

08/07/2015

Spanish

Office Use Only

