

Boletín informativo para Padres/Guardas

Estimados Padres/Guardas:

Esta temporada de gripe (flu) nos gustaría ayudar a proteger nuestro alumnado proporcionando vacunas de la gripe durante horas escolares. El Departamento de Salud del Condado de Carroll ofrecerá vacunas contra la gripe. Si su hijo tiene seguro médico, le facturaremos a su proveedor de seguro. Si usted no tiene seguro la vacuna contra la gripe será gratuita. Las siguientes vacunas estarán disponibles:

- ❖ **Inactivated Influenza Vaccine (IIV): [Vacuna inactivada contra la gripe (IIV)]** Vacuna contra la gripe que se administra en forma de inyección. La vacuna antigripal inactivada será cuadrivalente (QIV).
- ❖ **FluMist:** Es una vacuna contra la gripe en aerosol nasal. Habrà una cantidad limitada de la vacuna FluMist disponible. Si su hijo califica y está disponible, se le administrará, de lo contrario su hijo recibirá la inyección.

Para obtener más información sobre el tipo de vacuna anterior, consulte el Vaccine Information Statement (VIS) [Declaración de Información de Vacunación] adjunta.

Clínica de Vacunación de Gripe Fecha y Ubicación:

<u>10/20/2021</u>	<u>Central Middle</u>
Fecha	Nombre de la Escuela

Si desea que su hijo/a se vacune durante la clínica de gripe escolar anterior, por favor:

1. Revise la Vaccination Information Statement (VIS) [Declaración de Información de Vacunación].
2. Firme, fecha y devuelva el Formulario de Consentimiento adjunto a Nurse Kim antes de 10/07/2021.

Nota: Si el formulario de consentimiento no está firmado, fechado y devuelto, su(s) hijo(s) no serán inmunizados.

Los niños de hasta 8 años de edad pueden necesitar una segunda dosis aproximadamente un mes después de la primera dosis. Proporcionaremos la segunda dosis durante la Visita 2.

Le agradecemos de antemano por ayudar a mantener a nuestros estudiantes seguros y saludables. Si tiene alguna pregunta sobre la vacuna contra la gripe, por favor no dude en ponerse en contacto con la enfermera escolar o con su proveedor de atención médica.

Por favor note que la participación y la recepción de la vacuna contra la gripe a través de este programa son completamente voluntarias. El proveedor de atención médica de su hijo puede responder a sus preguntas sobre el virus de la gripe y podrá vacunar a su hijo contra la gripe estacional. Para obtener información adicional, visite los sitios web de influenza del CDC en <http://www.cdc.gov/flu/> y <http://www.cdc.gov/flu/parents>.



**2021-2022 Formulario de Consentimiento para
Vacunación contra la Influenza en las Escuelas
Departamento de Salud del Condado de Carroll**

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

NOMBRE DEL (la) ESTUDIANTE (Apellido)		(Nombre)	(Inicial del Segundo Nombre)	NOMBRE DE LA ESCUELA:	
FECHA DE NACIMIENTO DEL (la) ESTUDIANTE (mm/dd/yyyy)		EDAD DEL (la) ESTUDIANTE:	SEXO: M / F	MAESTRO:	GRADO:
ETNICIDAD (<i>Encierre en un Círculo</i>) No hispano/latino hispano latino		RAZA (<i>Encierre en círculo</i>) afroamericano, blanco, hispano o latino, indígena norteamericano, asiático, nativo de Alaska, hawaiano, otra Isla del Pacífico Pacific Islander, Other		NOMBRE DEL PADRE (la madre) / TUTOR LEGAL:	
DIRECCION DE CASA:		RACE		NUMERO TELEFÓNICO DE LOS PADRES/ TUTOR:	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO DE LOS PADRES / TUTOR	
INFORMACIÓN DE SEGURO: Tiene algún seguro que cubra vacunas? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No Por favor marcar el proveedor de seguro a continuación:				Proporcionar la información de seguro del proveedor seleccionado y anexar a este formulario una copia de la tarjeta del seguro Nombre Titular de la Póliza _____ # Grupo _____ # ID Miembro _____	
<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> No tengo seguro			
<input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield	<input type="checkbox"/> Peachcare	<input type="checkbox"/> Otro _____			
<input type="checkbox"/> Cigna	<input type="checkbox"/> United Healthcare				

Sección 2: Información Médica: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si este estudiante puede recibir la vacuna contra la influenza. *Por favor encierre en un círculo Sí o No para cada pregunta.

1. ¿El/la estudiante ha recibido alguna vacuna en las últimas cuatro semanas? Si la respuesta es Sí, por favor indique cuáles:	Sí	No
2. ¿Cuándo fue la última vez que el/la estudiante recibió la vacuna para la influenza?	FECHA:	
3. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a los huevos?	Sí	No
4. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido una reacción grave a la vacuna contra la influenza?	Sí	No
5. ¿El/la estudiante usa un inhalador o recibe tratamiento respiratorio para el asma o sibilancia?	Sí	No
6. ¿El/la estudiante está en terapia con aspirina o terapia que contenga aspirina a largo plazo? (Por ejemplo: el estudiante toma aspirina todos los días)	Sí	No
7. ¿El/la estudiante tiene alguna condición de salud significativa o crónica (largo plazo)? (Por ejemplo: diabetes, enfermedad de células falciformes, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, trastornos convulsivos, parálisis cerebral, trastornos musculares o nerviosos)	Sí	No
8. ¿La persona que recibirá la vacuna de la gripe recibirá medicamentos antivirales?	Sí	No
9. ¿El/la estudiante tiene un sistema inmunológico débil? (por ejemplo, debido a VIH, cancer, o medicinas tales como esteroides o aquellas usadas para tratar el cáncer)?	Sí	No
10. ¿La estudiante está o podría estar embarazada?	Sí	No
11. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	Sí	No

Sección 3: Consentimiento: El formulario de consentimiento de vacunación incluye opciones que le permiten aceptar o rechazar la vacunación de su hijo(a). Si usted se niega, la vacuna no se le dará a su hijo(a). Si este formulario de consentimiento no está diligenciado completamente, firmado, con la fecha y devuelto, el(la) estudiante no será vacunado(a) en la escuela.

DOY MI APROBACIÓN a Central Middle school/ Ga DPH para que el(la) estudiante mencionado arriba reciba la vacuna contra la influenza. Confirmando que la información médica y sobre el(la) estudiante proporcionada arriba es correcta. He recibido una copia de la Declaración de Información sobre Vacunas para las vacunas contra la influenza así como un Aviso de Política de Privacidad. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la influenza que se le dará al estudiante al cual estoy autorizado (a) a representar. Entiendo que la participación y recepción de la vacuna contra la influenza a través de este programa es completamente voluntaria. Al firmar abajo, doy permiso para que el estudiante mencionado arriba reciba la vacuna contra la influenza intranasal o inyectable.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

NO DOY MI APROBACIÓN a Central Middle School/Ga. DPH y su equipo para que el(la) estudiante mencionado arriba en este formulario reciba esta vacuna.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

FOR CLINIC USE ONLY							
Influenza Vaccine:	Adm Route:	Date Dose Administered:	Mfg:	Lot #	Exp Date:	VIS Date:	Signature of Nurse:
<input type="checkbox"/> Inactivated Influenza Vaccine - Quadrivalent	IM:	/ /			/ /	/ /	Date: _____
							Entry Clerk Initial:

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, 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 personas 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



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/vaccines.

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition

