Georgia Department of Public Health

2020-21 Formulario de Consentimiento para Vacunación contra la Influenza en las Escuelas

Departamento de Salud del Condado de _____

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:	Identificación del Estudiante #
FECHA DE NACIMIENTO DEL (la) ESTUDIANTE (mm/dd/yyyy)	EDAD DEL (la) ESTUDIANTE:	SEXO: M / F	MAESTRO:	GRADO:
ETNICIDAD *(Encierre en un Círculo)* No hispano/latino hispano latino	RAZA *(Encierre en círculo)* afroamericano, blanco, hispano o latino, indígena norteamericano, asiático, nativo de Alaska, hawaiano, otra Isla del Pacífico		NOMBRE DEL PADRE (la madre) / TUTOR LEGAL:	
DIRECCION DE CASA:			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? ☐Sí / ☐No

Por favor marcar el proveedor de seguro a continuación:

- ☐ Medicaid (Amerigroup, Wellcare, Peach State, Caresource)
- ☐ Peachcare(Amerigroup, Wellcare, Peach State)
- ☐ Blue Cross Blue Shield
- ☐ Aetna
- ☐ Other_____
- ☐ Cigna
- ☐ United Healthcare
- ☐ Coventry
- ☐ Secure Health
- ☐ TriCare
- ☐ No Insurance

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 _____

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. ¿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
9. ¿La estudiante está o podría estar embarazada?	Sí	No
10. ¿Alguna vez el/la estudiante ha tenido el Síndrome de Guillain-Barre (GBS)?	Sí	No
Comentarios:		

Sección 3: Consentimiento: *Si este formulario de consentimiento no haya sido cumplimentado , firmado , fechado y devuelto , el estudiante no será vacunado en la escuela .*

DOY MI APROBACIÓN a **North Central Health District** ***para que el(la) estudiante mencionado arriba reciba la vacuna contra la influenza.*** Confirmo 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. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Yo, reconozco que he leído y que entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad del NCHD el cual está disponible en northcentralhealthdistrict.org o, en mi Departamento de Salud local. 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 .

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

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

Influenza Vaccines	Adm Route:	Date Dose Administered:	Mfg:	Lot #	Exp Date:	VIS Date:	Signature of Nurse: _____ Date: _____
☐ Quadrivalent (IIV_4)	IM LA / RA					08/15/19	Entry Clerk Initial: _____
☐ FluMist	intranasal					08/15/19	Date: _____

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE 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

Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte 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 por los Estados Unidos cada año, generalmente entre octubre y mayo. Cualquiera puede contraer la gripe, pero es más peligroso para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, las personas de 65 años de edad y mayores, las mujeres embarazadas y las personas con ciertos padecimientos de salud o un sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones por la gripe.

La neumonía, la bronquitis, las infecciones sinusales y las 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, dolores musculares, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Algunas personas pueden tener vómito y diarrea, aunque esto es más frecuente en niños que en adultos.

Cada año, **miles de personas mueren por influenza en los Estados Unidos**, y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene millones de enfermedades y visitas al médico relacionadas con la gripe cada año.

2 Vacuna contra la influenza

Los Centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) recomiendan que todas las personas de 6 meses de edad y mayores se vacunen cada temporada contra la gripe. **Niños de 6 meses a 8 años de edad** pueden 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 en desarrollarse después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se fabrica una nueva vacuna contra la gripe para proteger contra tres o cuatro virus que probablemente causen enfermedades en la próxima temporada de gripe. Incluso cuando la vacuna no coincide exactamente con estos virus, aún puede brindar cierta protección.

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

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

3 Hable con su proveedor de atención médica

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

- Ha tenido una **reacción alérgica después de una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia grave y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **síndrome de Guillain-Barré** (también llamado SGB).

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

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como la gripe. Personas con enfermedades moderadas o graves usualmente deben esperar hasta recuperarse antes de recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

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

4 Riesgos de una reacción a la vacuna

- Puede presentarse dolor, enrojecimiento e hinchazón donde se aplica la inyección, fiebre, dolores musculares y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Puede haber un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el síndrome de Guillain-Barré (SGB) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben la vacuna contra la gripe junto con la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP al mismo tiempo pueden tener un poco más de probabilidades de tener una convulsión 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 un procedimiento médico, incluida la vacunación. 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, otro daño grave o la muerte.

5 ¿Qué debo hacer si hay un problema grave?

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

Las reacciones adversas se deben reportar al Sistema de informes de eventos adversos derivados de vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). 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 Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. 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. Hay un plazo límite para presentar una reclamación de compensación.

7 ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC):
  - Llame al **1-800-232-4636** (**1-800-CDC-INFO**) o
  - Visite el sitio web **www.cdc.gov/flu** de los CDC

Translation provided by the Immunization Action Coalition

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (con virus vivos, intranasal): *Lo que necesita saber*

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

Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte 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 por los Estados Unidos cada año, generalmente entre octubre y mayo. Cualquiera puede contraer la gripe, pero es más peligroso para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, las personas de 65 años de edad y mayores, las mujeres embarazadas y las personas con ciertos padecimientos de salud o un sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones por la gripe.

La neumonía, la bronquitis, las infecciones sinusales y las 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, dolores musculares, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Algunas personas pueden tener vómitos y diarrea, aunque esto es más frecuente en niños que en adultos.

Cada año, **miles de personas mueren por influenza en los Estados Unidos**, y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene millones de enfermedades y visitas al médico relacionadas con la gripe cada año.

2 Vacuna contra la influenza con virus vivos atenuada

Los Centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) recomiendan que todas las personas de 6 meses de edad y mayores se vacunen cada temporada de gripe. **Niños de 6 meses a 8 años de edad** pueden necesitar 2 dosis durante una sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La vacuna con virus vivos atenuada contra la influenza (llamada LAIV [live, attenuated influenza vaccine]) es una vacuna en aerosol nasal que se puede administrar a personas no embarazadas **2 a 49 años de edad**.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas en desarrollarse después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se fabrica una nueva vacuna contra la gripe para proteger contra tres o cuatro virus que probablemente causen enfermedades en la próxima temporada de gripe. Incluso cuando la vacuna no coincide exactamente con estos virus, aún puede brindar cierta protección.

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

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

3 Hable con su proveedor de atención médica

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

- Es **menor de 2 años o mayor de 49 años** de edad.
- Está **embarazada**.
- Ha tenido una **reacción alérgica después de una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia grave y potencialmente mortal**.
- Es un **niño o adolescente de 2 a 17 años de edad que recibe aspirina o productos que contienen aspirina**.
- Tiene un **sistema inmunitario debilitado**.
- Es un **niño de 2 a 4 años de edad que ha tenido asma o antecedentes de sibilancia** en los últimos 12 meses.
- Ha **tomado medicamentos antivíricos contra la influenza** en las 48 horas previas.
- **Cuida de personas gravemente inmunocomprometidas** que requieran un ambiente protegido.
- Tiene **5 años o más y tiene asma**.
- Tiene otros **padecimientos médicos subyacentes** que pueden poner a las personas en mayor riesgo de sufrir complicaciones graves por la gripe (como **enfermedad de los pulmones, enfermedad del corazón, nefropatía, trastorno renal o hepático, trastornos neurológicos o neuromusculares o metabólicos**).
- Ha tenido el **síndrome de Guillain-Barré** dentro de las 6 semanas posteriores a una dosis previa de la vacuna contra la influenza.

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

Para algunos pacientes, podría ser más apropiado un tipo diferente de vacuna contra la influenza (vacuna contra la influenza inactiva o recombinante) que la vacuna contra la influenza con virus vivos atenuada.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como la gripe. Personas con enfermedades moderadas o graves 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

- Goteo nasal o congestión nasal, sibilancias y dolor de cabeza pueden ocurrir después de recibir la LAIV.
- Otros posibles efectos secundarios son vómito, dolores musculares, fiebre, dolor de garganta y tos.

Si se presentan estos problemas, generalmente comienzan poco después de la vacunación y son leves y de corta duración.

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 debo hacer si hay un problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona 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 Sistema de informes de eventos adversos derivados de vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). 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 Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. 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. Hay un plazo límite para presentar una reclamación de compensación.

7 ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC):
  - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
  - Visite el sitio web **www.cdc.gov/flu** de los CDC

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

Translation provided by the Immunization Action Coalition