

Fort Bend ISD - Formulario de consentimiento para la vacuna contra la gripe del 2019 (GRATUITA)

COMPLETE Y ENTREGUE ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA O INSCRÍBASE EN LÍNEA EN schoolfluclinic.com
SÓLO SI DESEA QUE SU HIJO/HIJA RECIBA ESTE SERVICIO DE HEALTHY SCHOOLS EN LA ESCUELA.



1. Información del estudiante

Por favor escriba legiblemente con **bolígrafo azul o negro**. Cada sección de este formulario es **necesaria**.

Primer nombre del estudiante	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento (mes/día/año) __/__/____	Edad	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
Nombre de la escuela		Grado/Salón Principal	Grupo Étnico: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Otro: _____		

2. Información del padre/tutor

Primer nombre del padre/tutor	Inicial del segundo nombre	Apellido	Número de teléfono principal (____) ____ - ____	Marque una: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa	
Dirección de la casa		Ciudad	Estado	Código postal	Correo electrónico _____@_____

3. Información necesaria del seguro médico

Por ley, usted debe proporcionar información **precisa y completa** para prevenir el fraude de seguro. Este servicio no tiene ningún costo.

Su hijo/hija tiene (marque una): Medicaid o Medicaid Managed Care Seguro privado Subasegurado Sin seguro

Compañía de seguro del niño		Identificación de miembro del niño			
Primer nombre del titular del seguro	Apellido del titular del seguro	Fecha de nacimiento del titular del seguro (mes/día/año) __/__/____	Relación del titular del seguro con el niño		
<input type="checkbox"/> Marque SÓLO si: la dirección es la misma del padre/tutor	Dirección del titular del seguro	Ciudad del titular del seguro	Estado del titular del seguro	Código postal del titular del seguro	

4. Información médica

(Si tiene preguntas sobre el servicio, comuníquese con el pediatra de su hijo/hija o llame a Healthy Schools, LLC al 1-800-566-0596 para hablar con una enfermera.) Si responde **SÍ** a cualquiera de estas preguntas, su hijo/hija no podrá recibir la vacuna contra la gripe en la escuela. Por favor, póngase en contacto con el médico de su hijo.

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Su hijo/hija tiene menos de 4 años?
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Alguna de las siguientes condiciones aplica para su hijo/hija? <ul style="list-style-type: none"> Alergia a algún componente de la vacuna incluyendo huevos de gallina o productos derivados del huevo Alergia al látex Reacción(es) potencialmente mortal(es) a una vacuna contra la gripe en el pasado Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (muy raro)

He recibido, leído y entiendo la Declaración de Información de Vacunas del CDC sobre la Vacuna Inactivada contra la Influenza (VII). He leído estos documentos y entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna. Doy permiso a Healthy Schools y sus administradores para administrar la vacuna a mi hijo/hija en mi ausencia, para comunicarse con otros proveedores de atención médica, según sea necesario, y para la recolección, facturación y almacenamiento de datos de acuerdo con las políticas del Departamento de Estado de Servicios de Salud de Texas. Por la presente libero a Healthy Schools y al distrito escolar de toda responsabilidad asociada con la administración y los posibles efectos secundarios de la vacuna. Entiendo que mi hijo/hija y Healthy Schools crearán una relación de proveedor-paciente. Al firmar este formulario de consentimiento y al matricularme en el programa contra la gripe, entiendo que también autorizo los Términos de Servicio (caredox.com/terms), la política de privacidad (caredox.com/protecting-privacy) de CareDox Service Platform, y recibir correos electrónicos y mensajes de texto de CareDox con información sobre el programa contra la gripe, acceso a servicios de atención médica y educación sobre la salud a la dirección y/o número proporcionado.

Al firmar a continuación, usted, el padre/tutor autorizado, da su consentimiento para proporcionar a su hijo/hija mencionado anteriormente una vacuna contra la gripe en la escuela sin costo alguno.

Firma del Padre/Tutor X	Nombre Legible del Padre/Tutor	Fecha de Hoy (mes/día/año) __/__/____
-----------------------------------	--------------------------------	--

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY (CDC VIS: Influenza - Inactivated 08/07/2015)

Did Not Vaccinate (DNV)

This child does not have a moderate or severe acute illness with or without fever on the day of vaccination.

Route/Location: IM Deltoid <input type="checkbox"/> LUA <input type="checkbox"/> RUA	Vaccine: Quadrivalent IIV, 0.5 mL <input type="checkbox"/> Sanofi Pasteur Fluzone® <input type="checkbox"/> Seqirus Flucelvax®	Expiration Date (mm/dd/yyyy) __/__/2020
Lot Number	Vaccine Type: <input type="checkbox"/> NVFC <input type="checkbox"/> VFC	Date Dose Administered (mm/dd/yyyy) __/__/20__
Signature of Administering Nurse X	Nurse First Name	Nurse Last Name
Nurse Credentials: <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> LPN <input type="checkbox"/> LVN		

DECLARACION DE INFORMACION 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.hhs.gov/immunization. Las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Véase www.hhs.gov/immunization.

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
- dolor de garganta
- dolor muscular
- tos
- dolor de cabeza
- 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 inmersal, un preservativo que contiene mercurio. Los estudios no han demostrado que el inmersal en las vacunas es dañino, pero hay vacunas antigripales disponibles que no contienen inmersal.

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

Díglele 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 todos, 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.

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. Eso 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 neurológica (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, síntese 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 ampliado 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, estimadas 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 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, VICEP*) 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, o 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

42 U.S.C. § 300aa-26



Offline Use Only