



FORMA DE CONSENTIMIENTO DE VACUNAS

Antes que su hijo(a) pueda recibir la inyección de la Influenza, usted debe leer esta hoja de información, y responder las preguntas. Katy Trail Community Health mantendrá este cuestionario y cualquier otra información coleccionada de manera confidencial. Existen riesgos asociados con todas las vacunas, por favor, revise la hoja de información de vacunas que esta adjunta. Como cualquier vacuna, no protege 100% de las personas vacunadas.

Las Vacunas son ofrecidas a través de nuestro programa de Vacunas para Niños(a) (VFC), si el niño(a) es elegible sin costo a través de su seguro médico. Devuelva este formulario completado y una copia de la tarjeta de seguro médico a la enfermera de la escuela antes de la fecha de administración de: _____.

1) Por favor marque que se aplica a su hijo(a):

_____ él/ella no tiene seguro _____ él/ella tiene seguro médico, pero no cubre estas vacunas
_____ él/ella está inscrito (a) en Medicaid _____ él/ella es un nativo de Alaska o un nativo Americano
_____ él/ella tiene un seguro médico tercero y cubre esta vacuna. Si no cubre, yo seré responsable del pago.

2) Katy Trail Community Health ofrecerá las siguientes vacunas en la escuela de su hijo(a) para el año escolar 2017-2018.

Vacuna de la Influenza

3) INFORMACION DEL NIÑO(A):

Niño(a)

Nombre: _____ # de SS _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo (Circule uno por favor): Masculino Femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Proveedor de Atención Primaria: _____

Guardian Primario:

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Telefono: _____

Seguro Médico:

Nombre de Compania del Seguro Médico: _____ # de Poliza: _____ # de Grupo: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____

Número de Seguro Social del Suscriptor: _____ Dirección del Suscriptor: _____

Telefono del Suscriptor: _____ Relación del Suscriptor al Paciente: _____

4) POR FAVOR CIRCULE ‘SI’ O ‘NO’

- Si No Este(a) niño(a) es alérgico a medicinas, comidas, o vacunas.
Si, si por favor describa _____
- Si No Este(a) niño(a) tuvo reacciones serias ante una vacuna en el pasado.
Si, si por favor describa _____
- Si No Este(a) niño(a) o uno de su familia inmediata sufren de convulsiones, problemas de nervios en el cerebro, desordenes de sangrado, toma aspirina, o medicina para la sangre.
- Si No Este(a) niño(a) tiene una enfermedad crónica en los pulmones, asma, o tiene una historia de asma o sibilancias en el pasado.
- Si No Esta niña está embarazada o posiblemente puede estar embarazada.
- Si No Esta niña está amamantando.
- Si No Este(a) niño(a) tiene problemas con los riñones, diabetes, u otras enfermedades crónicas.
- Si No Este(a) niño(a) tiene cáncer, leucemia, SIDA, u otro problema inmunológico:
- Si No Este(a) niño(a) ha tomado Cortisona, Predisona, u otros esteroides o drogas anti cáncer o ha tenido tratamientos de rayos X, en los últimos 6 meses.
- Si No Este(a) niño(a) ha tenido una transfusión de sangre o de productos de sangre y se le ha administrado globina inmunitaria (gamma) en las últimas seis semanas.
- Si No Este(a) niño(a) ha recibido vacunas en las últimas cuatro semanas.
Si, si cuales vacunas _____
- Si No Este(a) niño(a) tiene fiebre o una enfermedad respiratoria.
- Si No Este(a) niño(a) tiene una alergia a los huevos.
- Si No Este(a) niño(a) tiene o ha sido diagnosticado(a) con el síndrome de Guillain-Barre.

5) Lea y Firme abajo:

Me han dado una copia de y he leído o explicado la información en la “Declaración de las Inmunización(es)”, por la enfermedad(es) y vacuna(s) para ser administradas a este niño. Tuve oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas a mi satisfacción. Si tengo alguna pregunta, debo de llamar a Kalea al 660-826-4774 ext. 890. Entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) requeridas y solicito que la(s) vacuna(s) que deben ser administradas corrientemente por las cuales he firmado a continuación sean administradas a mi o a la persona cuyo nombre aparece anteriormente, por lo cual estoy autorizado en conformidad con 431.058, RSMo para realizar esta solicitud.

Firma del Padre/Guardián:

_____ Fecha: _____

Información de Administración:

Child's Name _____ **DOB:** _____

Vaccine	Date VIS given	Date Given	Site	Dose	Adm. Initials
Influenza					

Nurse _____

Initials _____

School site: _____

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, 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 VICEP 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

