

Levy - Formulario de consentimiento para la vacuna Intranasal FluMist® 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/guardián

Primer nombre del padre/guardián	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): <input type="checkbox"/> Medicaid o Medicaid Managed Care <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> 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/guardián	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	¿Alguna de las siguientes condiciones aplica para su hijo/hija? <ul style="list-style-type: none"> Alergia a algún componente de la vacuna incluyendo gelatina, huevos de gallina o productos derivados del huevo Reacción(es) potencialmente mortal(es) a una vacuna contra la gripe en el pasado Ingiere actualmente aspirinas o realiza una terapia con aspirina Sufre actualmente de asma (toma regularmente medicamentos contra el asma) Ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (muy raro) Está embarazada o amamantando 	<ul style="list-style-type: none"> Tiene VIH/SIDA o cáncer o ha recibido un trasplante de órgano Tiene problemas de salud a largo plazo debido a sistema inmunológico debilitado, enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares (p. ej., fibrosis quística), enfermedades hepáticas, enfermedades renales, trastornos metabólicos (p. ej., diabetes) o trastornos sanguíneos (p. ej., anemia drepanocítica o talasemia) Tiene otras condiciones de salud crónicas graves
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Su hijo/hija tendrá contacto cercano con una persona con un sistema inmunológico gravemente debilitado? <i>Durante los 7 días posteriores a la vacunación, los niños deben evitar el contacto con personas que necesiten entornos protegidos. Por ejemplo, un entorno hospitalario estéril para el trasplante de médula ósea</i>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Entre agosto y diciembre del 2019, su hijo/hija recibió/recibirá una de las siguientes vacunas: la vacuna contra el sarampión, la papera y la rubéola, una vacuna contra la varicela o una combinación de ambas?	

He recibido, leído y entiendo la Declaración de Información de Vacunas del CDC sobre la vacuna de Influenza intranasal viva (LAIV). He leído estos documentos y entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna. Doy permiso a Healthy Schools y a sus administradores para que le den la vacuna a mi hijo/hija en mi ausencia, para que se comuniquen con otros proveedores de atención médica, según sea necesario, y para la recolección, facturación y almacenamiento de datos de acuerdo con el Departamento de Salud de Florida y las políticas de Florida SHOTS IIS. Por la presente libero a Healthy Schools 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/guardián 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/Guardián X	Nombre Legible del Padre/Guardián	Fecha de Hoy (mes/día/año) ____/____/____
--------------------------------------	-----------------------------------	--

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY (CDC VIS: Influenza - Live, Intranasal 08/07/2015)			<input type="checkbox"/> Did Not Vaccinate (DNV)
<input type="checkbox"/> This child does not have a moderate or severe acute illness with or without fever on the day of vaccination.			
Route/Location: Intranasal (NAS)	Vaccine: FluMist® Quadrivalent (MedImmune), 0.2mL	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 (viva, intranasal) contra la influenza (gripe):

Lo que debe saber

Many Vaccine Information Statements are available in English, Spanish and other languages. See www.hhs.gov/vaccines/vis.
La hoja de información sobre vacunas está disponible en español y en muchos otros idiomas. Véase www.hhs.gov/vaccines/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. Cualquiera 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

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 de los pulmones, la influenza puede empeorarla.

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 muchos más son hospitalizados.

La vacuna contra la influenza puede:

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

2 Vacuna contra la influenza viva y atenuada – LAIV, Spray nasal

Se recomienda una dosis de la vacuna contra la influenza cada temporada de influenza. Niños menores de 9 años pueden necesitar dos dosis durante la misma temporada de influenza. Todos los demás sólo necesitan una dosis cada temporada de influenza.

Las personas saludables que no estén embarazadas entre 2 y 49 años pueden recibir la vacuna contra la influenza viva y atenuada (LAIV, por sus siglas en inglés). Es seguro recibir esta vacuna a la misma vez que otras vacunas.

LAIV es rociada dentro de la nariz. LAIV no contiene ni timposal ni otros preservativos. Se hace de virus de influenza debilitados y no causa la influenza.

Hay muchos virus de influenza, y cambian constantemente. La LAIV de cada año es formulada para proteger contra cuatro virus que serían los probables causantes de enfermedad durante la próxima temporada de gripe. Pero incluso cuando la vacuna no previene estos virus, todavía puede proporcionar cierto nivel de protección.

La vacuna contra la gripe 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 influenza.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

Algunas personas no deben recibir LAIV debido a su edad, condiciones de salud u otras razones. La mayoría de estas personas deben recibir una inyección antigripal en lugar de la LAIV. Su proveedor de salud le puede ayudar a tomar la decisión. Digale al proveedor de salud si usted o la persona que será vacunada:

- tiene alguna alergia, incluyendo una alergia a los huevos, o si ha tenido una reacción alérgica a una vacuna contra la influenza,
- ha tenido Síndrome de Guillain-Barré (de siglas GBS),
- tiene algún problema de largo plazo del corazón, de la respiración, de los riñones, del hígado o del sistema nervioso
- tiene asma o problemas de respiración, o es un niño que tiene episodios de sibilancia,
- está embarazada
- eres un niño o adolescente tomando aspirina o productos que contienen aspirina.
- tiene un sistema inmunológico debilitado,
- visitará o cuidará a alguien, dentro de los próximos 7 días, que requiere estar en un ambiente protegido (por ejemplo, después de un trasplante de médula ósea)



A veces se debe retrasar la administración de la LAIV. Digale al proveedor si usted o la persona a la cual se vacunará:

- no se siente bien. La vacuna puede ser retrasada hasta que se sienta mejor.
- ha recibido otra vacuna en las últimas 4 semanas. Es posible que las vacunas vivas recibidas en un periodo de tiempo demasiado corto sean menos eficaces.
- ha tomado un medicamento antiviral contra la influenza en los últimos 48 horas.
- tiene la nariz muy tapada.

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 es posible que ocurran reacciones graves.

La mayoría de las personas que se vacunan con LAIV no tienen ningún problema con ella. Las reacciones a la LAIV pueden parecerse a un caso muy leve de la influenza.

Problemas que se han observado después de la LAIV:

En niños y adolescentes de 2-17 años de edad:

- congestión o secreción nasal
- tos
- fiebre
- dolor de cabeza y músculos
- sibilancia
- dolor de estómago, vómitos o diarrea

En adultos de 18-49 años de edad:

- congestión o secreción nasal
- dolor de garganta
- tos
- escalofríos
- cansancio/debilidad
- dolor de cabeza

Problemas que pueden ocurrir después de cualquier vacuna:

- Cualquier medicamento puede causar una reacción alérgica grave. Tales reacciones de una vacuna ocurren raramente-se estima que ocurre 1 en un millón de dosis y que pasaría de unos minutos a unas 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 en las vacunas. Para más información, visite www.cdc.gov/vaccinesafety/

5 ¿Y si ocurren reacciones graves?

¿En qué me debo fiar?

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

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

¿Qué debo hacer?

- Si cree que hay una reacción alérgica 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.

Las reacciones se deben reportar al Sistema de Información sobre Eventos Adversos a Vacunas (VAERS). Su médico debe hacer este informe, o usted puede hacerlo por el sitio web de VAERS: www.vaers.hhs.gov, llamando al 1-800-822-7967.

VAERS no da consejo médico.

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 lesionados por ciertas vacunas.

Las personas que creen que posiblemente hayan resultado heridas por una vacuna pueden informarse sobre el programa y sobre el proceso para presentar un reclamo llamando al 1-800-338-2382 o visitando el sitio web del VICP www.hrsa.gov/vaccinecompensation. Hay un plazo de tiempo limitado para presentar una petición de indemnización.

7 ¿Cómo puedo saber más?

- Consulte a su proveedor de la salud. Él o ella le pueden 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 al Centro 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 Live Attenuated Influenza Vaccine

08/07/2015

Spanish

42 U.S.C. § 300aa-26

