

Formulario de Consentimiento de Vacuna sin Gripe 2023

POR FAVOR, COMPLETE E IMPRIMIR NEATLY USANDO UN INK PEN NO PENCILS – FORMAS INCOMPLETAS NO ACEPTADAS

PRIMER NOMBRE del Estudiante:										NOMBRE DEL Estudiante:									
Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Masculina					Fecha de nacimiento del estudiante: M M D D Y Y Y Y					Edad Maestro de aula / Grado									
Domicilio										Padre/Guardián - Teléfono Celular () -									
City Código Postal State										Raza Estudiantil: (Círculo Uno) Afroamericano / Negro Blanco Alaskan / Nativo Americano Asiático Hispano No Hispano Hawaiano / Isla del Pacifico Otro									
Dirección de correo electrónico del padre/tutor:																			

Por favor, **CONSULTE** la **CAJA apropiada** a continuación y **complete completamente** las siguientes preguntas relacionadas con el **Seguro médico de su hijo**:

<input type="checkbox"/> Mi hijo NO está asegurado <input type="checkbox"/> Mi hijo está inscrito en Medicaid. Por favor, circle proveedor de Medicaid: (Círculo Uno) Aetna Mejor Salud, AmeriHealth Caritas, Highmark Wholecare (aka Gateway), Geisinger, Health Partners, Keystone First, United Healthcare Community Plan, UPMC					<input type="checkbox"/> Mi hijo tiene seguro comercial: (Proporcione el nombre de la compañía de seguros)				
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del Titular de la Póliza:										Apellido del titular de la póliza:									
ID de miembro					Fecha de nacimiento del titular de la póliza: (mo,day,yr)					M M D D Y Y Y Y									

****Si BCBS por favor incluya la secuencia alfa y numérica** **La información incompleta o incorrecta del SEGURO PUEDE IMPEDIR que el estudiante sea vacunado****

CHECK SÍ O NO PARA CADA PREGUNTA A CONTINUACIÓN

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Ha tenido su hijo alguna vez una reacción potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe en el pasado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Ha tenido su hijo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Su hijo tiene alergia a los huevos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Su hijo tiene un trastorno de la sangre como hemofilia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Será la primera vez que su hijo reciba una vacuna contra la gripe?

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA DE SALUD, POR FAVOR CONTACTE CON EL PEDIATRICIAN DE SU HIJO O LLÁMENOS AL 484-667-3382 PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE.

He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de Información de Vacunas. Soy consciente de que puedo localizar la Declaración de Información sobre Vacunas más reciente y otra información en www.immunize.org o www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la vacuna y entender los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna se dé a la persona mencionada anteriormente de quien soy el padre o tutor legal y que tenga autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han hecho garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero el sistema escolar, Health Hero of PA, LLC & subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión, que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que voy a hacer que la escuela sea consciente de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso para que Health Hero of PA, LLC resuelva y apele reclamos con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de la clínica se pueden obtener de la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación de seguros y su privacidad estará protegida.

Nombre impreso del padre/tutor

Firma del Padre/Tutor

Fecha

VIS CDC IIV 08/15/2019
 LOT Number: _____
 RN # _____
 FLUCELVAX
 EXP Date: _____
 Date: _____
AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY

Héroe de la Salud de PA
484-667-3382
pa@healthherousa.com



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.imzmmz.org/vis.
Las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.imzmmz.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 los 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
- congestión o secreción nasal
- 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 timorosal, un preservativo que contiene mercurio. Los estudios no han demostrado que el timorosal en las vacunas es dañino, pero hay vacunas antigripales disponibles que no contienen timorosal.

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 vacine. 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.

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 a 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 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 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 1-800-832-7967.

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*, *VICP*) 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.
- Contacte a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention*, *CDCC*):
 - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDCC-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

Office Use Only

