



Little Rock School District
810 West Markham
Little Rock, AR 72201
(501) 447-1000

Grade: _____
Teacher: _____

Vacuna de la Influenza (Influenza Estacional)

En cumplimiento con la Ley del Derecho a la Privacidad de la Familia en la Educación (FERPA) (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Parte 99)

Yo, _____, doy permiso para que mi hijo,

Nombre del Padre/Tutor

_____,

Primer Nombre y Apellido

participe en la Clínica de Vacunación Escolar contra la Influenza Estacional.

Firma del Padre/Tutor _____

echa en que se firma _____

Fight the Flu in Arkansas fights



Luchando contra el Flu en Arkansas

Queridos Padres:

Es esencial que lea esta carta y siga todos los pasos para que sus hijos puedan ser protegidos contra el flu.

En cooperación con el Departamento de Salud de Arkansas, los distritos escolares en Arkansas estarán estableciendo clínicas para ofrecer vacunas contra el flu para los estudiantes.

Para que su hijo (a) reciba la vacuna del flu, usted debe:

1. Leer el informativo tocante a la vacuna.
2. Leer y llenar (por los dos lados) la forma de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas.
3. Escribir claramente toda la información requerida en la forma de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas.
4. Asegurarse de haber firmado la forma de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas para la vacuna de flu.
5. Firmar la forma de consentimiento del Distrito Escolar llamada FERPA (usted quizá haya firmado esta forma a principios del año escolar cuando su niño fue registrado para la escuela).
6. Regresar las dos formas de consentimiento a la escuela de su hijo(a) lo más pronto posible

Esta es una gran oportunidad para que los niños reciban esta vacuna sin costo alguno para usted. Si usted tiene seguro médico, el Departamento de Salud de Arkansas le cobrará a su compañía de seguros el costo de la vacuna recibida. En el caso de que usted no tenga seguro médico o tenga pero su seguro no pague por las vacunas, aun si, la vacuna no tendrá ningún costo para usted.

Aviso: Solamente los estudiantes que traigan las requeridas formas de consentimiento llenas (la del Departamento de Salud de Arkansas y la del Distrito Escolar con firma) podrán recibir la vacuna del flu.

Si tiene alguna pregunta o necesita información tocante las vacunas o las formas de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas, llame a su departamento de salud local.

Muchas gracias.

DEPARTAMENTO DE SALUD DE ARKANSAS AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA CON CUIDADO.

El Departamento de Salud de Arkansas (ADH) se compromete a proteger su información de salud. El ADH está obligado por ley a proteger la privacidad de su información de salud y que podría ser identificada como suya, lo que llamamos "información de salud protegida", o "PHI" para abreviar. Tenemos que darle aviso de nuestras obligaciones legales y procedimientos de privacidad en relación con la PHI y estamos obligados a respetar las condiciones del aviso actualmente en vigencia. Este aviso es para informarle sobre nuestros procedimientos de privacidad y las obligaciones legales relacionadas con la protección de la privacidad de su historial médico/de salud que nosotros originamos o recibimos.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

El personal del ADH sólo utilizará su PHI para desempeñar su trabajo. Los propósitos de la utilización y de la divulgación de su PHI, son para el tratamiento, el pago de los servicios y para las operaciones de la Agencia.

Tratamiento: Los prestadores de servicios tales como enfermeras, médicos, terapeutas, nutricionistas y trabajadores sociales, pueden utilizar su PHI para determinar su plan de cuidado. Las personas y los programas dentro del ADH pueden compartir su PHI con el fin de coordinar los servicios que usted pueda necesitar, tales como exámenes clínicos, terapia, servicios de nutrición, medicamentos, hospitalización, o cuidados de seguimiento.

Para el Pago: El ADH podría revelar su PHI a Medicaid, Medicare, y/o su plan/seguro de salud para obtener el pago de nuestros servicios. Por ejemplo, es posible que tengamos que entregar su PHI sobre un examen clínico o vacunas que usted o su niño recibieron, para que su plan de salud o Medicaid o Medicare, nos pague por el tratamiento o servicios.

Para las operaciones: El ADH puede utilizar y entregar su PHI para garantizar que sus servicios y prestaciones sean los adecuados. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar nuestros programas de tratamiento y servicios (control de calidad). Podemos combinar las PHI de varias personas, para investigar tendencias de salud, determinar qué servicios y programas deben ofrecerse, o si los nuevos tratamientos o servicios son útiles. Podemos compartir su PHI con nuestros socios comerciales que desempeñan funciones en nombre del ADH. Por ejemplo, nuestros socios comerciales pueden utilizar su PHI para tramitar casos, coordinar la atención, u otras actividades, y deben respetar el mismo nivel de confidencialidad y de seguridad del ADH mientras tramitan su PHI.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD

La entrega de su PHI fuera de los límites del tratamiento, pago u operaciones relacionados con el ADH o de cualquier otra manera permitida por leyes estatales o federales, se harán solamente con su específica autorización por escrito. Esta autorización es necesaria para divulgar los siguientes tipos de información: abuso de drogas y alcohol, planificación familiar, VIH / SIDA, enfermedades mentales, enfermedades de transmisión sexual, y Programa para mujeres, infantes y niños (WIC). Usted puede revocar autorizaciones específicas para entregar su PHI, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca una autorización, no continuaremos entregando su PHI al receptor autorizado/s, excepto en la medida en que el ADH ya haya utilizado o divulgado la información en conformidad con la autorización original. Además, usted tiene los siguientes derechos:

Derecho a inspeccionar y copiar: Usted puede solicitar inspeccionar o recibir una copia de cualquier parte de su expediente médico. Podemos cobrarle por el costo de las copias, franqueo, u otros suministros asociados con su solicitud.

Derecho a solicitar una rectificación: Si usted cree que su PHI creada por el ADH es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corrijamos dicha información. El ADH puede negar su petición si usted pide que modifiquemos información que: 1) no fue creada por el ADH, 2) no es parte de la PHI archivada por el ADH, 3) no es parte de la información que se le permite inspeccionar o copiar, o 4) se determina que la información es exacta y completa.

Derecho a solicitar un recuento de entregas de su información de salud: Usted puede solicitar un recuento de las entregas de su información de salud. La enumeración no incluye las divulgaciones para fines de tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud; información exigida por ley con fines de seguridad nacional; revelaciones a las cárceles o establecimientos penitenciarios, divulgaciones autorizadas, y cualquier revelación hecha antes del 14 de abril del 2003.

Derecho a solicitar restricciones: Usted puede solicitar al ADH que limite el uso o divulgación de su PHI, excepto para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. El ADH no está obligado por ley a aceptar su solicitud.

Derecho a solicitar comunicación confidencial: Usted puede solicitar, por escrito, que el ADH se comunique con usted de una manera diferente o en una ubicación distinta, por ejemplo, usando otra dirección de correo o llamándolo a un número de teléfono diferente.

Derecho a una copia en papel de este aviso de privacidad: Usted puede solicitar en cualquier momento una copia impresa de este Aviso de Privacidad del ADH.

Todas las solicitudes para inspeccionar, copiar, modificar, hacer restricciones, u obtener un recuento de su PHI y toda pregunta con respecto a este Aviso de Privacidad, deben dirigirse a la Unidad de Salud Local (Local Health Unit Administrator).

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja al ADH, poniéndose en contacto con el Consultor del Programa HIPAA del ADH (501) 661-2000 o por correo, escribiendo a: 4815 West Markham, Slot 31, Little Rock, AR 72205. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Si usted lo solicita, le proporcionaremos la dirección adonde presentar su queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. No se tomará ninguna medida en su contra por ejercer sus derechos para presentar una queja.



DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Una Declaración de Información de la Vacuna (*Vaccine Information Statement, VIS*) es un documento, elaborado por los Centros para el control y la prevención de enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*), que informa a los receptores de la vacuna, o a sus padres o representantes legales, de los beneficios y riesgos de la vacuna que van a recibir.

- Para ver la VIS para la vacuna viva intranasal contra la influenza (espray nasal), vaya a <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flulive.html>. Este enlace puede verse y descargarse desde su computadora de escritorio, laptop, tableta, teléfono inteligente u otro dispositivo electrónico conectado a Internet.
- Para ver la VIS para la vacuna inactivada contra la influenza (inyección), vaya a <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.html>. Este enlace puede verse y descargarse desde su computadora de escritorio, laptop, tableta, teléfono inteligente u otro dispositivo electrónico conectado a Internet.
- Para una copia de la VIS del espray nasal o la inyección, puede ir a su unidad de salud local del Departamento de Salud de Arkansas y recibir una copia. Puede llamar al 1-800-462-0599 para saber cuál es la unidad de salud que le queda más cerca.
- También habrá copias de la VIS de la gripe en la escuela el día de la clínica de gripe.

Para obtener más información, póngase en contacto con la Sección de Inmunización del Departamento de Salud de Arkansas al teléfono 1-800-574-4040. Gracias.

La gripe (influenza) es una enfermedad grave... ¡Proteja a su hijo!

¿Qué es la gripe?

La gripe (influenza) es una enfermedad grave causada por un virus.

La gripe puede hacer que su hijo se sienta horrible. Los síntomas usuales son: fiebre, tos, escalofríos, dolores de cuerpo y debilidad extrema.



¿Cómo se contagia la gripe?

Su hijo se puede contagiar la influenza de otras personas cuando tosen, estornudan o simplemente hablan. Es muy contagiosa.

¿Es grave la gripe?

Sí. Lo trágico es que cada año bebés, niños, adolescentes y adultos mueren por la gripe.

La gripe es peligrosa para los niños, y también para personas de cualquier edad. Los niños menores de 2 años de edad corren un riesgo sumamente alto de hospitalización debido a las complicaciones de la gripe.

La gripe no solo es grave para su hijo y también para otras personas a quien la puede transmitir, como bebés y abuelos.

Pregunte al proveedor de atención médica de su hijo si está al día con sus vacunas.

¿Corre riesgo mi hijo?

Sí. Cualquiera se puede enfermar mucho con la gripe, hasta los niños saludables.

¿Cómo puedo proteger a mi hijo de la gripe?

La vacunación es la mejor manera de proteger a su hijo de la infección con la gripe.

Todos a partir de los 6 meses en adelante deben vacunarse contra la gripe cada año.

La vacunación no solo protege a las personas que reciben la vacuna, sino que también protege a los que las rodean.



► Si desea más información, visite www.vaccineinformation.org

Si desea otros folletos de esta serie, visite www.immunize.org/vaccine-summaries

immunization
action coalition
IAC
immunize.org

Technical content reviewed by the Centers for Disease Control and Prevention
Saint Paul, Minnesota • www.immunize.org
www.immunize.org/catg.d/p4312-01.pdf • Item #P4312-01 (6/13)

**DEPARTAMENTO DE SALUD DE ARKANSAS (ADH)
TEMPORADA DE INFLUENZA – FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE INMUNIZACIÓN**

Solo para uso de ADH Código de clínica del ADH: _____ LEA de la escuela n°: _____ Fecha de servicio: _____
Nombre de la escuela: _____ Grado escolar: _____

Persona que recibe la vacuna:
Nombre (legal): _____ Inicial intermedia: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: / /

1. HISTORIAL MÉDICO: Responda las siguientes preguntas por la persona que recibe la vacuna.

<i>*Si contestó SI y se requiere mayor información, notifique al CDNS regional.</i>		*SÍ	NO	
¿Tiene fiebre hoy? (Si tiene fiebre el día de la clínica puede impedirle recibir la vacuna contra la influenza).				Si alguna respuesta fue SÍ, es posible que no pueda recibir la vacuna contra la gripe.
¿Ha tenido alguna vez una reacción seria a una dosis anterior de la vacuna antigripal, como dificultades para respirar, inflamación de ojos o labios, jadeo o náuseas o vómitos inmediatos? ¿Tiene alergia severa a algún alimento o medicamento? (por ej., gelatina, gentamicina o neomicina)				
¿Ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal) en las 6 semanas posteriores después de haber recibido la vacuna de la gripe?				
¿Tiene menos de 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Si respondió es SÍ a alguna de esas preguntas, entonces solo puede recibir la vacuna antigripal <u>inyectable</u> (inyección), no la vacuna antigripal intranasal (vapor para contra la gripe).
¿Tiene más de 49 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Está embarazada?				
¿Tiene alguna de las siguientes afecciones?: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica) o enfermedad de los pulmones, el corazón, los riñones, el hígado, los nervios o la sangre. Para niños de 2 a 4 años: ¿Algún proveedor de salud le ha dicho que su hijo ha tenido silbidos al respirar o asma en los últimos 12 meses?				
¿Está tomando un tratamiento a largo plazo con aspirina o que contiene aspirina? ¿Toma aspirina todos los días? ¿Ha recibido medicamentos antivirales para la influenza en las últimas 48 horas? (Tamiflu, Relenza, RapiVab, Xofluza)				
¿Ha recibido alguna de estas vacunas en los últimos 28 días? Sarampión, paperas, rubeola (MMR) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Varicela (varicela) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vacuna intranasal contra la influenza (vapor para la gripe) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Tiene el sistema inmunológico muy debilitado? (por ejemplo, por el VIH, cáncer o medicamentos como los esteroides o los que se usan para tratar el cáncer, la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn, psoriasis o tratamientos con radiación)				
¿Tiene contacto estrecho con alguna persona que necesite cuidados en un ambiente hospitalario protegido? (por ejemplo, alguien que se ha sometido recientemente a un trasplante de médula ósea)				
<p>Para los padres que NO irán a la clínica de gripe con su hijo/a: Si respondió No a todas las preguntas anteriores, su hijo/a podrá recibir la inyección antigripal (inyectable) o el vapor antigripal (espray nasal). Por favor, marque su preferencia por un tipo de vacuna a continuación. Si el tipo de vacuna preferida no está disponible o marcada, el profesional de enfermería le dará la que esté disponible a menos que usted indique otra cosa.</p> <input type="checkbox"/> Inyección antigripal <input type="checkbox"/> Vapor antigripal <input type="checkbox"/> No tiene preferencia <input type="checkbox"/> No recibir ninguna si mi preferencia no está disponible				
Maestro de aula del niño: _____ (para uso de la clínica escolar)				
<ul style="list-style-type: none"> • ATENCIÓN: Los niños con edades de 6 meses hasta los 8 años pueden requerir una segunda dosis. Comuníquese con su proveedor de salud o su Unidad de salud local del ADH en cuatro semanas para recibir mayor información. 				

2. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASIGNACIÓN. Por favor lea la sección al reverso de este formulario. El Aviso de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas está disponible en el sitio web www.healthy.arkansas.gov, está colgado y disponible en la clínica o acompaña este formulario. Después firme en el recuadro a la derecha.

Por favor firme aquí

Mi firma abajo indica que he leído, comprendido y estoy de acuerdo con la sección 2. **Liberación de responsabilidad y asignación** de la temporada de influenza - Formulario de consentimiento de inmunización y **Declaración de información de la vacuna (VIS).**

Firma del paciente/padre o madre/tutor: _____ fecha _____

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASIGNACIÓN:

- He leído o me han explicado las Declaraciones de Información de la Vacuna para la vacuna inactivada de la influenza y la vacuna intranasal atenuada viva (vapor antigripal) y entiendo los riesgos y beneficios. Para leer la Declaración de información de la vacuna (VIS) para cada vacuna, visite el sitio web para ver la VIS actual: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>
- Doy mi consentimiento al Departamento de salud estatal/local y a su personal para que le pongan la vacuna de la gripe a la persona identificada abajo.
- Por la presente confirmo que he recibido una copia del Aviso de privacidad del Departamento de Salud de Arkansas.
- Entiendo que la información sobre esta vacunación contra la gripe será incluida en el Registro de inmunización del Departamento de salud de Arkansas.

A mi compañía(s) de seguros:

- Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar mi solicitud(es) de reembolso del seguro.
- Autorizo y solicito el pago de los beneficios médicos directamente al Departamento de Salud de Arkansas.
- Entiendo que la autorización cubrirá todos los servicios médicos prestados hasta que yo revoque dicha autorización.
- Acepto que la fotocopia de este formulario pueda usarse en vez del original.

3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre (legal): _____ Inicial intermedia: _____ Apellido: _____
 Fecha de nacimiento: / / Sexo: Masculino Femenino Teléfono n.º: _____
 Dirección postal: _____ Casilla de correos _____ Apt. N.º _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Zip:
 Raza: Blanca Hispana/latina Negra/afroamericana Indígena estadounidense/nativo de Alaska
 Asiática Nativa de Hawái/otros isleños del Pacífico Otra

4. ESTADO DE SEGURO (Marque la casilla correspondiente):

Relación del paciente con el titular de la póliza de seguro: Es el titular Cónyuge Hijo/a Otra
 Número de Medicaid/ARKids:
 Número de Medicare:
 Nombre de la compañía aseguradora: _____
 ID del afiliado/n.º de póliza:

Información OBLIGATORIA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

Nombre (legal): _____ Inicial intermedia: _____ Apellido: _____
 Fecha de nacimiento del titular de la póliza: / / Dirección de correo electrónico: _____
 Nombre del empleador del titular de la póliza: _____

Administración de la vacuna contra la gripe (a completar solo por el personal de ADH)

CÓDIGO DE INYECCIÓN:

- 70: Cuadrivalente (P-F) ≥ 6 meses 39: Vacuna intranasal cuadrivalente (P-F) 2 - 49 años

Vacuna contra la gripe	Vía de administración	Código del lugar	Dosis en ml.	Código MFG	Número de lote
	<input type="checkbox"/> IM				
	<input type="checkbox"/> Intranasal				

Códigos de lugar: Deltoides derecho = RD, Deltoides izquierdo = I.D, Pierna derecha = R.L., Pierna izquierda = I.L., Brazo derecho = RA, Brazo izquierdo = LA

Códigos MFG: SKB = GlaxoSmithKline, PMC = Sanofi, MED = MedImmune, SEQ = Seqirus

Firma y cargo del que administra la vacuna: _____

Fecha en que se administró la vacuna: _____ / _____ / _____