

Formulario de Consentimiento de Vacunación para ALUMNO/A – AEROSOL NASAL CONTRA LA GRIPE

(POR FAVOR ESCRIBA DE FORMA CLARA EN MAYÚSCULAS UTILIZANDO TINTA NEGRA O AZUL)

M / M / D D / A A

--	--	--	--	--	--

APELLIDO DEL ALUMNO/A

NOMBRE DEL ALUMNO/A

I(s)M

FECHA DE NACIMIENTO DEL ALUMNO/A

--

ESTUDIANTE ES:
 GEMELO TRILLIZO

DOMICILIO DEL ALUMNO/A

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEXO DEL ALUMNO:
 MASCULINO FEMENINO

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR

NOMBRE DE PADRE/ MADRE/ TUTOR (APELLIDO)	(NOMBRE)	(I.M.)	TELÉFONO DE DÍA
--	----------	--------	-----------------

DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DE ESCUELA	GRADO (SELECCIONE UNO "●")
NOMBRE DE MAESTRO/A (APELLIDO, NOMBRE)	JR K K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 JR K K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

NOMBRE DEL MÉDICO DEL ALUMNO/A (APELLIDO, NOMBRE)	DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
---	-----------	--------	---------------

SEGURO DE SALUD DEL ALUMNO/A: (SELECCIONE UNO "●") El Programa Stop Flu at School es **GRATIS**. NO se le facturará a su compañía de seguro.
 HMSA - PRIVADA KAISER - PRIVADA UNITEDHEALTHCARE - PRIVADA ALOHACARE UHA HMA OHANA SIN SEGURO
 HMSA - QUEST KAISER - QUEST UNITEDHEALTHCARE - QUEST CHAMPUS/TRICARE MDX HMAA No ESTÁ SEGURO OTRO:

NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si su hijo/a podría recibir el **AEROSOL NASAL CONTRA LA GRIPE** (vivo, vacuna intranasal contra la influenza). Por favor seleccione **SÍ** o **NO** ("●") para cada pregunta.

- | | SÍ | NO |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una reacción alérgica grave a los huevos o algún componente de cualquier vacuna contra la gripe? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la gripe? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (una enfermedad grave del sistema nervioso)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4A. ¿Ha tenido su hijo/a alguna vez RESUELLO (silbido) o ASMA ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ¿Tiene su hijo/a un problema de salud a largo plazo como cardiopatía, enfermedad renal, enfermedad pulmonar, enfermedad cognitiva, neurológica o neuromuscular, enfermedad hepática, enfermedad metabólica como diabetes o enfermedad de la sangre como anemia? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Tiene su hijo/a un sistema inmunológico debilitado a causa de cáncer, o tratamiento contra el cáncer tal como radiación o medicamentos, HIV/SIDA, u otra enfermedad; está tomando su hijo/a medicamentos tales como esteroides que debilitan el sistema inmunológico? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Su hijo/a vive o tiene contacto cercano con alguien que tiene el sistema inmunológico gravemente debilitado que requiere cuidado en un entorno protegido? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Su hijo/a recibe aspirinas u otro medicamento que contenga aspirina? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ¿Su hijo/a recibe algún medicamento recetado para prevenir o tratar la gripe (es decir: Tamiflu® o Relenza®)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si usted responde **SÍ**, dejó algo en blanco, o no está seguro de la respuesta en cualquiera de las preguntas arriba, su hijo **NO** recibirá el **AEROSOL NASAL CONTRA LA GRIPE** a través del programa de vacunación escolar, pero podría recibir la Vacuna contra la Gripe (vea el Formulario de Consentimiento VERDE de la Vacuna contra la Gripe).

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DE SU HIJO/A: He recibido y leído la Declaración de Información de Vacuna 2013-2014 para la Vacuna Intranasal Viva contra la Influenza. El **AEROSOL NASAL CONTRA LA GRIPE** no debe darse dentro de las 4 semanas de haber recibido la vacuna contra sarampión, paperas, rubéola o varicela, así que informaré al médico de mi hijo/a que mi hijo/a recibirá la vacuna en **AEROSOL NASAL CONTRA LA GRIPE** en la escuela entre octubre-diciembre de 2013. Entiendo los riesgos y los beneficios y doy mi consentimiento al Departamento de Salud del Estado de Hawai y su personal autorizado para que mi hijo/a, cuyo nombre se encuentra en la parte superior de este formulario, reciba el **AEROSOL NASAL CONTRA LA GRIPE** y compartir la información en relación con la vacunación contra la influenza para mi hijo/a con el médico de mi hijo/a y con la compañía de seguro médico de mi hijo/a. Renuncio y libero de cualquier reclamo al Estado, a los miembros contribuyentes de los planes de salud de la Asociación de Hawai y a otros patrocinadores del programa relacionados con o provenientes del programa escolar Alto a la Gripe en la Escuela. Además, he recibido información sobre el Registro de Inmunización de Hawai. (vea el reverso de la hoja)

Firma de/Padre/ Madre/ tutor _____ Fecha: ____/____/____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO)

Vaccine	Date Dose Administered	Dose Size	Route	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	VIS Publ. Date	Name, Address, & Title of Vaccine Administrator
Live, intranasal influenza vaccine	/ /	0.2 ml	Intranasal	MedImmune		/ /	/ /	

- Reason **FLU NASAL SPRAY NOT** given:
- Student had temperature of 100.5° or higher
 - Student's consent form incomplete
 - Other: _____
 - Student refused **FLU NASAL SPRAY**
 - Student absent

INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL REGISTRO

- Información de la vacunación, incluyendo pero no limitándose a tipo de vacuna, fecha de administración de la vacuna, ubicación y vía de administración de la vacuna, número de lote, fecha de expiración, historial del paciente de enfermedades prevenibles con vacunas, contraindicaciones, precauciones, reacciones adversas o comentarios relacionados con la vacunación.
- Información personal, incluyendo pero no limitándose a: el primer nombre, el segundo nombre y el apellido de la persona, fecha de nacimiento, género, dirección de correspondencia, número de teléfono, nombre del padre o tutor, relación de padre o tutor con la persona, su información de contacto y el apellido de soltera de la madre.

INFORMACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

Todos los usuarios autorizados y la División de vacunación del Departamento de Salud reconocen que el Reglamento de privacidad (PL 104 a 191 y Partes 160 a 164 del CFR, "Normas para la privacidad de información de salud que permite identificación de una persona") de la Ley federal de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) regula el uso y divulgación de información que permita identificación de una persona por parte de las entidades que están sujetas al Reglamento de privacidad. Aunque las normas de privacidad de la HIPAA se utilizaron como guía para ayudar al desarrollo de las políticas de Confidencialidad y privacidad del Registro, el Registro y la División de vacunación del Departamento de Salud no son "entidades cubiertas" conforme a la HIPAA. Los proveedores, planes de salud y otras entidades cubiertas, que son usuarios autorizados, deben cumplir con el Reglamento de privacidad de la HIPAA.

La información del Registro se ingresará y estará disponible para usuarios autorizados solo para propósitos autorizados. Todos los usuarios autorizados deberán asegurar la privacidad de los pacientes participantes protegiendo la información confidencial en el Registro, conforme a la Política de confidencialidad y privacidad del Registro de vacunación de Hawaii, a la Política de seguridad del Registro de vacunación de Hawaii, así como a las leyes estatales y federales que apliquen.

USUARIOS AUTORIZADOS

Los usuarios autorizados del Registro pueden ser personas o entidades que requieran acceso regular a información sobre vacunación de pacientes y otra información de salud que permite identificación de una persona para proporcionar servicios de vacunación a pacientes específicos, mantener un inventario computarizado de la reserva pública y privada de vacunas, evaluar el estado de la vacunación para determinar porcentajes de vacunación, o para asegurar el cumplimiento de requerimientos obligatorios de vacunación. Todos los usuarios autorizados deben firmar una Declaración de confidencialidad y seguridad del Registro de vacunación de Hawaii, indicando que han recibido la copia de la Política de confidencialidad y privacidad del Registro de vacunación de Hawaii y la Política de seguridad del Registro de vacunación de Hawaii; que comprenden los términos, incluyendo las penalidades por violación de las políticas y que están de acuerdo con cumplir las políticas.

La División de vacunación del Departamento de Salud es responsable por supervisar el Registro y por lo tanto será designada como un usuario autorizado.

USOS DE LA INFORMACIÓN DEL REGISTRO (PROPÓSITOS AUTORIZADOS)

Los datos de vacunación del Registro y otra información de salud que permite identificación de una persona serán utilizados por los usuarios autorizados para los siguientes propósitos:

- Consolidar, mantener y dar acceso a registros computarizados de vacunación;
- Consolidar y mantener información de inventarios de vacunas;
- Determinar el historial de vacunación de las personas y proporcionar el tratamiento de atención médica conforme a ese historial;
- Generar avisos a personas que tienen o tendrán vencida una fecha de vacunación y en caso de refuerzos de vacunas;
- Mantener al día el calendario complejo de vacunación utilizando la herramienta de planificación de vacunación que proporciona el registro;
- Evaluar el porcentaje de vacunación en la población de pacientes (o sus subconjuntos);
- Generar registros oficiales de vacunación (por ejemplo, el Registro de salud del estudiante);
- Asegurar el cumplimiento con los requerimientos obligatorios de vacunación;
- Registrar la distribución de medicamentos profilácticos o de tratamiento administrados o dispensados en preparación de y en respuesta a una amenaza de enfermedad potencialmente catastrófica;
- Cumplir con las políticas y procedimientos de responsabilidad y solicitud de vacunas del Programa de vacunación de niños de Hawaii y otros programas de vacunación proporcionados por el estado, y
- Otros propósitos determinados a discreción de la División de vacunación del Departamento de Salud.

Los datos de vacunación del Registro y otra información de salud que permite identificación de una persona serán utilizados por la División de vacunación del Departamento de Salud para los siguientes propósitos de salud pública, incluyendo pero no limitándose a:

- Asegurar el cumplimiento con los requerimientos obligatorios de vacunación;
- Realizar actividades de Mejoramiento de calidad o Evaluación de calidad;
- Cumplir con las políticas y procedimientos de responsabilidad y solicitud de vacunas del Programa de vacunación de niños de Hawaii y otros programas de vacunación proporcionados por el estado;
- Prevenir y administrar los brotes de enfermedades prevenibles por medio de vacunas y otras emergencias de salud pública;
- Producir reportes de evaluación de vacunación para ayudar en las políticas y estrategias de desarrollo para mejorar la salud pública;
- Administrar y mantener el sistema del Registro, y
- Otros propósitos determinados a discreción de la División de vacunación del Departamento de Salud.

DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN DE REGISTROS DE VACUNACIÓN

Los datos de vacunación de una persona y otra información de salud que permite identificación de una persona en el Registro estarán a disponibilidad del proveedor de vacunación de la persona, del Departamento de Salud y otros usuarios autorizados del Registro para propósitos autorizados únicamente.

OPCIÓN DE RETIRARSE

Las personas pueden decidir no incluir sus datos de vacunación o los de sus hijos en el Registro ("opción de retirarse"). Las personas deben optar por retirarse por escrito, llenando el "Formulario de opción de retirarse del Registro de vacunación de Hawaii" el cual está disponible por medio del proveedor de vacunación de la persona o de la División de vacunación del Departamento de Salud. El Registro conservará únicamente la información demográfica esencial necesaria para identificar a la persona que eligió retirarse del Registro. Esta información es necesaria para permitir que el Registro filtre y rechace la entrada de información de vacunación de la persona. La información demográfica esencial será únicamente para uso del Departamento de Salud de Hawaii y tendrá restricción de visualización para todos los otros usuarios autorizados del Registro. La decisión de una persona de no autorizar que se incluyan sus datos de vacunación en el Registro no afectará el hecho de que reciba o no reciba vacunas.

REVOCACIÓN

Cualquier persona puede revocar su decisión de optar por retirarse del Registro de vacunación de Hawaii, en cualquier momento. Las revocaciones deben hacerse por escrito, llenando el "Formulario de reautorización para el Registro de vacunación de Hawaii" que se obtiene por medio del proveedor de vacunación de la persona o de la División de vacunación del Departamento de Salud.

DERECHO A INSPECCIONAR, COPIAR, CORREGIR O ENMENDAR LA INFORMACIÓN PERSONAL Y DE VACUNACIÓN

Las personas pueden inspeccionar, copiar, corregir o enmendar su información o la de sus hijos por medio de su proveedor de vacunación o el de sus hijos o por medio de la División de vacunación del Departamento de Salud. Para información sobre cómo inspeccionar, copiar, corregir o enmendar su información o la de sus hijos, comuníquese con su médico, llame a la División de vacunación del Departamento de Salud al 586-4665 (Oahu) o al 1-888-447-1023 (islas vecinas), o envíe su solicitud por correo electrónico a RegistryHelp@doh.hawaii.gov.

¿PREGUNTAS?

Si tiene alguna pregunta sobre el Registro, comuníquese con su médico, llame a la División de vacunación del Departamento de Salud al 586-4665 (Oahu) o al 1-888-447-1023 (islas vecinas), o envíe su pregunta por correo electrónico a RegistryHelp@doh.hawaii.gov, o visite nuestro sitio web <http://hawaii.gov/health/immunization/HIR.html>.

Vacuna contra la gripe

Lo que usted necesita saber

(Vacuna contra la gripe viva, intranasal)

2013-2014

Muchas de las declaraciones informativas sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte 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 es necesario vacunarse?

La gripe o influenza es una enfermedad contagiosa que se transmite entre la población de los Estados Unidos durante el invierno, generalmente entre octubre y mayo.

La gripe es causada por el virus de la influenza y se puede transmitir al toser, estornudar y tener contacto cercano.

Todas las personas pueden contraer gripe, pero el riesgo es mayor en los niños. Los síntomas se presentan de forma repentina y pueden durar varios días. Estos pueden incluir los siguientes:

- fiebre/escalofríos
- dolor de garganta
- dolores musculares
- fatiga
- tos
- dolor de cabeza
- rinorrea o congestión nasal

La gripe puede afectar a algunas personas más que a otras. Entre estas se incluyen los niños pequeños, las personas mayores de 65 años, las mujeres embarazadas y las personas con ciertas afecciones de salud, como enfermedades cardíacas, pulmonares o renales, o con un sistema inmunitario debilitado. La vacuna contra la gripe es especialmente importante para estas personas y para todas las que estén en contacto cercano con ellas.

La gripe también puede provocar neumonía y empeorar las afecciones médicas existentes. En los niños, puede causar diarrea y convulsiones.

Cada año, **miles de personas mueren por gripe en los Estados Unidos**, y muchas más son hospitalizadas.

La **vacuna contra la gripe** es la mejor protección que tenemos contra la gripe y sus complicaciones. Esta vacuna también previene el contagio de la gripe de persona a persona.

2 Vacuna contra la gripe viva, atenuada: LAIV, aerosol nasal

Existen dos tipos de vacuna contra la gripe:

Usted recibirá la **vacuna contra la gripe viva, atenuada** (live, attenuated influenza vaccine, LAIV), que se administra por vía nasal en forma de aerosol. "Atenuada" significa debilitada. Los virus de la vacuna han sido debilitados para que no causen enfermedad.

Existe otra vacuna contra la gripe que es **inactivada** y no contiene virus vivos. Esta se administra mediante

una inyección. *Esta vacuna se describe en una Hoja de información sobre vacunas por separado.*

Se recomienda vacunarse contra la gripe todos los años. Los niños de 6 meses a 8 años de edad deben recibir dos dosis el primer año que se vacunan.

Los virus de la gripe cambian constantemente. La vacuna contra la gripe de cada año se fabrica para proteger contra los virus que tienen mayor probabilidad de causar la enfermedad ese año. Si bien la vacuna no puede prevenir todos los casos de gripe, es nuestra mejor defensa contra esta enfermedad. La vacuna LAIV protege contra 4 virus diferentes de la influenza.

Luego de la vacunación, la protección demora unas dos semanas en desarrollarse y dura entre varios meses y un año.

Algunas enfermedades que **no** son causadas por el virus de la influenza suelen confundirse con la gripe. La vacuna contra la gripe no previene ese tipo de enfermedades. Solo puede prevenir la gripe.

La vacuna LAIV puede administrarse a personas de **entre 2 y 49 años de edad** que no estén embarazadas. Puede aplicarse en forma segura al mismo tiempo que otras vacunas.

La vacuna LAIV no contiene timerosal ni otros conservantes.

3 Algunas personas no deben aplicarse esta vacuna

Informe lo siguiente a la persona que le aplique la vacuna:

- **Si tiene alguna alergia severa (que represente un riesgo para la vida)**, incluso una alergia a los huevos. Si alguna vez tuvo una reacción alérgica que representa un riesgo para la vida después de haber recibido una dosis de la vacuna contra la gripe, o si tiene una alergia severa a cualquier parte de esta vacuna, usted no debe aplicarse la dosis.
- **Si alguna vez tuvo el síndrome de Guillain-Barré (Guillain-Barré Syndrome, GBS)** (una enfermedad grave que causa parálisis). Algunas personas con antecedentes de GBS no deben recibir esta vacuna. Esto debe ser analizado con el médico.
- **Si ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas, o si no se siente bien.** Es posible que le recomienden esperar, pero debe regresar para vacunarse.



- **Usted debe recibir la vacuna inyectable en lugar del aerosol nasal si:**
 - está embarazada
 - su sistema inmunitario está debilitado
 - tiene ciertos problemas de salud a largo plazo
 - es un niño pequeño con asma o sibilancia
 - es un niño o adolescente que está recibiendo tratamiento con aspirina a largo plazo.
 - tiene contacto cercano con personas que necesitan cuidados especiales porque su sistema inmunitario está sumamente debilitado
 - es menor de 2 años o mayor de 49 años. (Los niños mayores de 6 meses pueden recibir la vacuna inyectable. Los menores de 6 meses no pueden recibir ningún tipo de vacuna contra la gripe).

La persona que le administre la vacuna podrá darle más información.

4 Riesgos de una reacción a la vacuna

Con la vacuna, al igual que con cualquier medicamento, hay probabilidades de que se produzcan efectos secundarios. Estos suelen ser leves y desaparecen por sí solos.

También es posible que se produzcan efectos secundarios graves, pero son muy poco frecuentes. La vacuna LAIV está hecha con virus debilitados, pero **no causa gripe**.

Problemas leves que se han reportado luego de administrarse la vacuna LAIV:

Niños y adolescentes de 2 a 17 años:

- rinorrea, congestión nasal o tos
- fiebre
- dolor de cabeza y dolores musculares
- sibilancia
- dolor abdominal, o diarrea o vómitos ocasionales

Adultos de 18 a 49 años:

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

Problemas severos que pueden ocurrir luego de administrarse la vacuna LAIV:

- Podría producirse una reacción alérgica severa después de cualquier vacuna (se estima que ocurre en menos de 1 de cada un millón de dosis).

La seguridad de las vacunas siempre está siendo monitoreada. Para obtener más información, visite: www.cdc.gov/vaccinesafety/

5 ¿Qué hago si ocurre una reacción grave?

¿A qué debo prestar atención?

- Debe prestar atención a cualquier aspecto que le preocupe, como signos de una reacción alérgica severa, fiebre muy alta o cambios de comportamiento.

Los signos de una reacción alérgica severa pueden incluir urticaria, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareos y debilidad. Estos podrían comenzar entre algunos minutos y algunas horas después de la vacunación.

¿Qué debo hacer?

- Si piensa que es una reacción alérgica severa u otra emergencia que no puede esperar, llame al 9-1-1 o lleve a la persona al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su médico.
- Luego, la reacción debe ser reportada al Sistema de reporte de eventos adversos derivados de las vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Su médico puede presentar este reporte, o puede hacerlo usted mismo a través del sitio web del VAERS en www.vaers.hhs.gov, o llamando al 1-800-822-7967.

El VAERS se utiliza únicamente para reportar reacciones. No se proporciona asesoramiento médico.

6 Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas (Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que pueden haber tenido lesiones a causa de determinadas vacunas.

Las personas que consideren que pueden haber tenido lesiones ocasionadas por una vacuna pueden informarse sobre el programa y sobre cómo presentar una reclamación llamando al 1-800-338-2382 o visitando el sitio web del VICP en: www.hrsa.gov/vaccinecompensation.

7 ¿Dónde puedo obtener más información?

- Pregúntele a su médico.
- Llame al departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con 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 el sitio web de CDC www.cdc.gov/flu

Vaccine Information Statement (Interim)
Live Attenuated Influenza Vaccine

07/26/2013

Spanish

Office Use Only



42 U.S.C. § 300aa-26