

Formulario de Consentimiento de Vacunación para ALUMNO/A – VACUNA 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	(S)M FECHA DE NACIMIENTO DEL ALUMNO/A							

	ESTUDIANTE ES: <input type="checkbox"/> GEMELO <input type="checkbox"/> TRILLIZO		
DOMICILIO DEL ALUMNO/A			
	SEXO DEL ALUMNO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR

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

DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DE ESCUELA	GRADO (SELECCIONE UNO "●")															
NOMBRE DE MAESTRO/A (APELLIDO, NOMBRE)	<table style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>JR</td><td>K</td><td>K</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> </table>	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. <input type="radio"/> HMSA - PRIVADA <input type="radio"/> KAISER - PRIVADA <input type="radio"/> UNITEDHEALTHCARE - PRIVADA <input type="radio"/> ALOHACARE <input type="radio"/> UHA <input type="radio"/> HMA <input type="radio"/> OHANA <input type="radio"/> SIN SEGURO <input type="radio"/> HMSA - QUEST <input type="radio"/> KAISER - QUEST <input type="radio"/> UNITEDHEALTHCARE - QUEST <input type="radio"/> CHAMPUS/TRICARE <input type="radio"/> MDX <input type="radio"/> HMAA <input type="radio"/> NO ESTÁ SEGURO <input type="radio"/> OTRO:
NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si su hijo/a podría recibir la **Vacuna contra la Gripe** (vacuna inactivada 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"/> |

Si usted responde SÍ a cualquiera de estas preguntas, si dejó algo en blanco, o no está seguro de la respuesta en cualquiera de las preguntas arriba, su hijo/a NO recibirá la Vacuna contra la Gripe (vacuna inactivada contra la influenza) a través del programa de vacunación escolar. Por favor hable con el médico de su hijo/a.

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DE SU HIJO/A: He recibido y leído la Declaración de Información de Vacuna 2013-2014 para la Vacuna Inactivada Contra la Influenza. Entiendo los riesgos y los beneficios y doy mi consentimiento al Departamento de Salud del Estado de Hawái y su personal autorizado para que mi hijo/a, cuyo nombre se encuentra en la parte superior de este formulario, reciba la **VACUNA 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 Hawái, 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 Hawái. (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	Site	Route	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	VIS Publ. Date	Name, Address, & Title of Vaccine Administrator
Inactivated influenza vaccine	/ /	0.5 ml	RA LA	IM			/ /	/ /	

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

000000

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>.

Influenza Vaccine

What You Need to Know

(Flu Vaccine,
Inactivated)

2013-2014

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Hojas de Información Sobre Vacunas están disponibles en Español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1 Why get vaccinated?

Influenza (“flu”) is a contagious disease that spreads around the United States every winter, usually between October and May.

Flu is caused by the influenza virus, and can be spread by coughing, sneezing, and close contact.

Anyone can get flu, but the risk of getting flu is highest among children. Symptoms come on suddenly and may last several days. They can include:

- fever/chills
- sore throat
- muscle aches
- fatigue
- cough
- headache
- runny or stuffy nose

Flu can make some people much sicker than others. These people include young children, people 65 and older, pregnant women, and people with certain health conditions—such as heart, lung or kidney disease, or a weakened immune system. Flu vaccine is especially important for these people, and anyone in close contact with them.

Flu can also lead to pneumonia, and make existing medical conditions worse. It can cause diarrhea and seizures in children.

Each year **thousands of people in the United States die from flu**, and many more are hospitalized.

Flu vaccine is the best protection we have from flu and its complications. Flu vaccine also helps prevent spreading flu from person to person.

2 Inactivated flu vaccine

There are two types of influenza vaccine:

You are getting an **inactivated** flu vaccine, which does not contain any live influenza virus. It is given by injection with a needle, and often called the “flu shot.”

A different, **live, attenuated** (weakened) influenza vaccine is sprayed into the nostrils. *This vaccine is described in a separate Vaccine Information Statement.*

Flu vaccine is recommended every year. Children 6 months through 8 years of age should get two doses the first year they get vaccinated.

Flu viruses are always changing. Each year’s flu vaccine is made to protect from viruses that are most likely to cause disease that year. While flu vaccine cannot prevent all cases of flu, it is our best defense against the disease. Inactivated flu vaccine protects against 3 or 4 different influenza viruses.

It takes about 2 weeks for protection to develop after the vaccination, and protection lasts several months to a year.

Some illnesses that are not caused by influenza virus are often mistaken for flu. Flu vaccine will not prevent these illnesses. It can only prevent influenza.

A “high-dose” flu vaccine is available for people 65 years of age and older. The person giving you the vaccine can tell you more about it.

Some inactivated flu vaccine contains a very small amount of a mercury-based preservative called thimerosal. Studies have shown that thimerosal in vaccines is not harmful, but flu vaccines that do not contain a preservative are available.

3 Some people should not get this vaccine

Tell the person who gives you the vaccine:

- **If you have any severe (life-threatening) allergies.** If you ever had a life-threatening allergic reaction after a dose of flu vaccine, or have a severe allergy to any part of this vaccine, you may be advised not to get a dose. Most, but not all, types of flu vaccine contain a small amount of egg.
- **If you ever had Guillain-Barré Syndrome** (a severe paralyzing illness, also called GBS). Some people with a history of GBS should not get this vaccine. This should be discussed with your doctor.
- **If you are not feeling well.** They might suggest waiting until you feel better. But you should come back.



4 Risks of a vaccine reaction

With a vaccine, like any medicine, there is a chance of side effects. These are usually mild and go away on their own.

Serious side effects are also possible, but are very rare. Inactivated flu vaccine does not contain live flu virus, so **getting flu from this vaccine is not possible.**

Brief fainting spells and related symptoms (such as jerking movements) can happen after any medical procedure, including vaccination. **Sitting or lying down for about 15 minutes after a vaccination can help prevent fainting and injuries caused by falls.** Tell your doctor if you feel dizzy or light-headed, or have vision changes or ringing in the ears.

Mild problems following inactivated flu vaccine:

- soreness, redness, or swelling where the shot was given
- hoarseness; sore, red or itchy eyes; cough
- fever
- aches
- headache
- itching
- fatigue

If these problems occur, they usually begin soon after the shot and last 1 or 2 days.

Moderate problems following inactivated flu vaccine:

- Young children who get inactivated flu vaccine and pneumococcal vaccine (PCV13) at the same time may be at increased risk for seizures caused by fever. Ask your doctor for more information. Tell your doctor if a child who is getting flu vaccine has ever had a seizure.

Severe problems following inactivated flu vaccine:

- A **severe allergic reaction** could occur after any vaccine (estimated less than 1 in a million doses).
- There is a small possibility that inactivated flu vaccine could be associated with Guillain-Barré Syndrome (GBS), no more than 1 or 2 cases per million people vaccinated. This is much lower than the risk of severe complications from flu, which can be prevented by flu vaccine.

The safety of vaccines is always being monitored. For more information, visit: www.cdc.gov/vaccinesafety/

5 What if there is a serious reaction?

What should I look for?

- Look for anything that concerns you, such as signs of a severe allergic reaction, very high fever, or behavior changes.

Signs of a severe allergic reaction can include hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, and weakness. These would start a few minutes to a few hours after the vaccination.

What should I do?

- If you think it is a severe allergic reaction or other emergency that can't wait, call 9-1-1 or get the person to the nearest hospital. Otherwise, call your doctor.
- Afterward, the reaction should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your doctor might file this report, or you can do it yourself through the VAERS web site at www.vaers.hhs.gov, or by calling **1-800-822-7967**.

VAERS is only for reporting reactions. They do not give medical advice.

6 The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines.

Persons who believe they may have been injured by a vaccine can learn about the program and about filing a claim by calling **1-800-338-2382** or visiting the VICP website at www.hrsa.gov/vaccinecompensation.

7 How can I learn more?

- Ask your doctor.
- Call your local or state health department.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Call **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** or
 - Visit CDC's website at www.cdc.gov/flu

Vaccine Information Statement (Interim)
Inactivated Influenza Vaccine

07/26/2013

42 U.S.C. § 300aa-26

Office Use Only

