



STATE OF HAWAII  
DEPARTMENT OF HEALTH  
P. O. BOX 3378  
HONOLULU, HI 96801-3378

In reply, please refer to:  
File:

**ATENCIÓN:** este paquete está disponible en línea e incluye una versión electrónica que se puede completar del Formulario de Consentimiento de vacunación. Para acceder a la versión en línea, ingrese en nuestro sitio web: <https://vaxonlinereg.doh.hawaii.gov>

Octubre, 2017

Estimados padres/tutores:

A partir de noviembre de 2017, comenzará el programa Stop Flu at School (Basta de Gripe en la Escuela), que ofrece vacunación antigripal gratuita en las escuelas públicas seleccionadas, para los alumnos desde jardín de infantes hasta el octavo grado. Este programa es proporcionado por el Departamento de Salud del Estado de Hawái, en asociación con el Departamento de Educación.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han recomendado que no se emplee la vacuna antigripal en aerosol nasal durante la temporada de gripe 2017-2018 ante los datos que demuestran la menor efectividad de esta vacuna. Por lo tanto, por medio del programa Stop Flu at School solo se ofrecerá la inyección antigripal. Las inyecciones antigripales se aplicarán en la escuela de su hijo entre noviembre de 2017 y enero de 2018. Su escuela le notificará la fecha y el horario específicos.

Si desea que su hijo reciba la vacuna antigripal gratuita en la escuela:

1. Lea la Hoja Informativa adjunta sobre la Vacuna contra la Influenza (gripe) (inactivada o recombinante)
2. Complete el Formulario de Consentimiento adjunto
  - **Se deben responder todas las preguntas**
  - El formulario debe estar **firmado y fechado**
3. **Entregue** el Formulario de Consentimiento completo **al maestro de su hijo antes del miércoles 25 de octubre de 2017.**

No devuelva el formulario de consentimiento completo si no desea que su hijo sea vacunado en la escuela.

Solo habrá una clínica por escuela. En caso de que su hijo requiera una segunda dosis de la vacuna antigripal (para niños de hasta 8 años de edad, que reciben la vacuna antigripal por primera vez), programe una cita con su pediatra para la administración de la segunda dosis.

Si entrega un formulario de consentimiento a la escuela y su hijo recibe la vacuna antigripal en el consultorio de su médico **antes** de la clínica de vacunación escolar programada, **deberá** retirar el formulario de consentimiento de su hijo de la escuela con anterioridad a la fecha programada para la clínica, a fin de asegurarse de que no se lo vuelva a vacunar.

Si desea información adicional acerca del programa Stop Flu at School, ingrese en <http://flu.hawaii.gov/SFAS.html> o llame al 2-1-1, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.

Atentamente,

Sarah Y. Park, M.D., F.A.A.P.  
Epidemióloga del estado

Anexos

Spanish

# 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 / Y Y			
<b>APELLIDO DEL ALUMNO/A</b>	<b>NOMBRE DEL ALUMNO/A</b>	I(S)M	<b>FECHA DE NACIMIENTO DEL ALUMNO/A</b>		
					<b>ESTUDIANTE ES:</b> <input type="checkbox"/> GEMELO <input type="checkbox"/> TRILLIZO
					<b>SEXO DEL ALUMNO:</b> <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
<b>DOMICILIO DEL ALUMNO/A</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>	<b>NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR</b>	
<b>NOMBRE DE PADRE/ MADRE/ TUTOR (APELLIDO)</b>		<b>(NOMBRE)</b>		<b>TELÉFONO DE DÍA</b>	<b>TELÉFONO MÓVIL</b>
<b>NOMBRE DE ESCUELA</b>		<b>GRADO (SELECCIONE UNO "●")</b>			
		<input checked="" type="radio"/> JR <input type="radio"/> K <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> 12			
<b>NOMBRE DE MAESTRO/A (APELLIDO, NOMBRE)</b>		<input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12			
<b>NOMBRE DEL MÉDICO DEL ALUMNO/A (APELLIDO)</b>		<b>(NOMBRE)</b>			
<b>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.</b>					
<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"/> 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"/> OTRO <input type="radio"/> SIN SEGURO					
<b>NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO</b>					

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 respondió **SÍ** a alguna de estas preguntas, dejó alguna pregunta 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 correspondiente a la Vacuna (Inactivada o Recombinante) contra la Influenza (Gripe): *Lo que debe saber*, con fecha del 8/7/2015. 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 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 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).

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o tutor legal en letra imprenta (Apellido, Nombre) \_\_\_\_\_ Firma de Padre/ Madre/ tutor \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

## 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](mailto: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](mailto:RegistryHelp@doh.hawaii.gov), o visite nuestro sitio web <http://hawaii.gov/health/immunization/HIR.html>.

## DECLARACION DE INFORMACIÓN 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.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

Las hojas de Información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.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 tos, 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
- cansancio
- 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 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 timerosal, un preservativo que contiene mercurio. Los estudios no han demostrado que el timerosal en las vacunas es dañino, pero hay vacunas antigripales disponibles que no contienen timerosal.

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

Dígale 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 vacune. 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.



U.S. Department of  
Health and Human Services  
Centers for Disease  
Control and Prevention

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 ó 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 amplitud 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, estimados 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/](http://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](http://www.vaers.hhs.gov), o llamando al 1-800-822-7967.

*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](http://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, CDC*):
  - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
  - Visite al sitio web del CDC: [www.cdc.gov/flu](http://www.cdc.gov/flu)

Vaccine Information Statement  
Inactivated Influenza Vaccine

08/07/2015

Spanish

Office Use Only

