



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>

Agosto 2020

Estimados padres/tutores:

A partir de octubre de 2020, 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.

Las vacuna antigripal se ofrecerá por medio del programa Stop Flu at School en la escuela de su hijo en **octubre o noviembre de 2020**. 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 jueves 20 de agosto de 2020**.

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.

NOTA: la participación en el Programa Stop Flu at School (Basta de Gripe en la Escuela) es voluntaria. No devuelva el formulario de consentimiento completo si no desea que su hijo sea vacunado en la escuela.

IMPORTANTE: 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

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): *Lo que necesita saber*

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

Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte www.immunize.org/vis

1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

La **vacuna contra la influenza** puede prevenir la **influenza (gripe)**.

La **gripe** es una enfermedad contagiosa que se propaga por los Estados Unidos cada año, generalmente entre octubre y mayo. Cualquiera puede contraer la gripe, pero es más peligroso para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, las personas de 65 años de edad y mayores, las mujeres embarazadas y las personas con ciertos padecimientos de salud o un sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones por la gripe.

La neumonía, la bronquitis, las infecciones sinusales y las infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarlo.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolores musculares, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Algunas personas pueden tener vómito y diarrea, aunque esto es más frecuente en niños que en adultos.

Cada año, **miles de personas mueren por influenza en los Estados Unidos**, y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene millones de enfermedades y visitas al médico relacionadas con la gripe cada año.

2 Vacuna contra la influenza

Los Centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) recomiendan que todas las personas de 6 meses de edad y mayores se vacunen cada temporada contra la gripe. **Niños de 6 meses a 8 años de edad** pueden necesitar 2 dosis durante una

solamente una temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas en desarrollarse después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se fabrica una nueva vacuna contra la gripe para proteger contra tres o cuatro virus que probablemente causen enfermedades en la próxima temporada de gripe. Incluso cuando la vacuna no coincide exactamente con estos virus, aún puede brindar cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza puede aplicarse al mismo tiempo que otras vacunas.

3 Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que va a recibir la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia grave y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **síndrome de Guillain-Barré** (también llamado SGB).

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza para una visita futura.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como la gripe. Personas con enfermedades moderadas o graves usualmente deben esperar hasta recuperarse antes de recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.



4

Riesgos de una reacción a la vacuna

- Puede presentarse dolor, enrojecimiento e hinchazón donde se aplica la inyección, fiebre, dolores musculares y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Puede haber un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el síndrome de Guillain-Barré (SGB) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben la vacuna contra la gripe junto con la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP al mismo tiempo pueden tener un poco más de probabilidades de tener una convulsión causada por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si un niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido convulsiones alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otro daño grave o la muerte.

5

¿Qué debo hacer si hay un problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **9-1-1** y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame al proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Las reacciones adversas se deben reportar al Sistema de informes de eventos adversos derivados de vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

6

Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Visite el sitio web de VICP en www.hrsa.gov/vaccinecompensation o llame al **1-800-338-2382** para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación. Hay un plazo límite para presentar una reclamación de compensación.

7

¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC):
 - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
 - Visite el sitio web www.cdc.gov/flu de los CDC

Vaccine Information Statement (Interim)
**Inactivated Influenza
Vaccine** Spanish



Office use only

8/15/2019 | 42 U.S.C. § 300aa-26

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)

APELLIDO DEL ALUMNO/A	NOMBRE DEL ALUMNO/A	I(S)M	M M / D D / A A	FECHA DE NACIMIENTO DEL ALUMNO/A	

DOMICILIO DEL ALUMNO/A

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		ESTUDIANTE ES: <input type="checkbox"/> GEMELO <input type="checkbox"/> TRILLIZO	
			SEXO DEL ALUMNO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		

TELÉFONO PARTICULAR DEL PADRE/TUTOR	TELÉFONO DIURNO DEL PADRE/TUTOR	TELÉFONO CELULAR DEL PADRE/TUTOR
NOMBRE DE ESCUELA		GRADO (SELECCIONE UNO "●")
		<input type="radio"/> JrK <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
NOMBRE DE MAESTRO/A (APELLIDO, NOMBRE)		JRK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
NOMBRE DEL MÉDICO DEL ALUMNO/A (APELLIDO)		(NOMBRE)
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"/> 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 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 Hoja Informativa respecto a la vacuna contra la influenza (Gripe) (Inactivada o Recombinante): *Lo que debe saber*, con fecha del 8/15/2019. Soy consciente de los riesgos y beneficios y doy mi consentimiento al Departamento de Salud del Estado de Hawái y a su personal autorizado para que mi hijo, nombrado en la parte superior de este formulario, para el que afirmo ser su progenitor o tutor legal, reciba la **VACUNA CONTRA LA GRIPE** y para compartir información sobre la vacunación contra la gripe de mi hijo con el médico y la compañía de seguros de mi hijo. 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).

Nombre del Padre o Tutor Legal (Con letra imprenta)	Firma del Padre o Tutor Legal	Fecha

FOR DEPARTMENT OF HEALTH USE ONLY									
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	LA RA	IM			/ /	/ /	
FLU SHOT NOT given:					<input type="radio"/> Refused <input type="radio"/> Absent <input type="radio"/> 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.

¿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>.