

**Parkview Noble
Center for Healthy Living**

**Departamento de Salud
Condado Noble**

Estimado Padre/Tutor

Es difícil de creer, pero la temporada de la gripe esta aquí! De nuevo, las clínicas que administran esta vacuna estarán disponibles en la escuela de su hijo/a. Estudios han demostrado que los niños que reciben la vacuna contra la gripe estacional reducen su riesgo de contraer el virus. Si no contraen el virus, su enfermedad no es tan severa como de los que si tienen el virus y no se han vacunado. Para la temporada de la influenza 2017-2018, el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP-siglas en ingles) ha recomendado que no vacunemos con el FluMist, sino usar una vacuna inyectable inactivada.

El Departamento de Salud del Condado Noble estará en la escuela de su hijo/a en octubre y noviembre para proveer vacunas de forma gratuita. Si quiere que su hijo/a reciba la vacuna de la gripe estacional este año escolar:

1. Padre/Tutor deberá repasar y llenar el formulario amarillo de consentimiento (al frente y atrás)
2. Si respondió no a todas las preguntas en la parte de atrás, su hijo/a es elegible para participar en el programa de influenza de la escuela.
3. Si respondió que sí a cualquier pregunta, su hijo/a NO puede ser elegible para participar en este programa. Se le contactara para obtener información adicional.
4. Consentimientos deberán ser entregados a la escuela antes del 12 de octubre de 2018.
5. Por favor mantenga la información sobre la vacuna para uso personal.
6. Si su hijo/a es menor de 9 años y no ha recibido 2 dosis de la vacuna de la influenza estacional en el pasado, entonces se les requerirá 2 dosis este año.

Si tiene preguntas, favor de contactar a Cheryl o a la enfermera de la escuela pertinente.

Cheryl Munson RN, BSN
Noble County Public Health Nurse
Noble County Health Department
260-636-2978 x2



Parent Consent for County HD Vaccination Clinic

NOBLE HD

Partner ID: Partner Name:

Clinic ID: School Name:

Patient ID:

Consent ID:

axCare has partnered with your healthcare provider to provide immunizations.
 If bills for privately insured patients will come from axCare and its physicians.

1 Informacion Del Estudiante Escuela

PRIMER NOMBRE DEL ESTUDIANTE INICIALES APELLIDO EDAD GRADO

FECHA DE NACIMIENTO (MM-DD-YYYY) NOMBRE DE LA ESCUELA MAESTRA PRINCIPAL

ETNICIDAD: Amer. Indian / Alsk. Native Asian Black / Afr. Amer. Hawaiano / Pac. Islnd. Hispanic White Otro

DIRECCIÓN APT/SUITE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DE PADRE/TUTOR APELLIDO DE PADRE/TUTOR NÚMERO DE TELÉFONO PADRE/TUTOR

GÉNERO: H M

2 Informacion De Aseguransa (Porfavor De Llenarlo Completamente)

INSURANCE PAY AARP Sec Hor Care Improv Plus GWH-Cigna MHS/Centene (age 19+) Patoka V-Merit (CBSA) Patoka V-WebTPA

Adv Health Sol CIGNA Healthspan Multiplan Patoka V-N Am Admin Patoka V-Sagamore

Adv-Franc Alli Coventry Humana Patoka V-Dunn & As Patoka V-Pekin Insur Patoka V-SIHO

Aetna Dunn & Assoc Lutheran Pref Patoka V-Emp Plans Patoka V-Pref Hlth Plan Patoka V-UMR

All Savers Encore Hlth Net Mail Handlers Patoka V-Key Ben Patoka V-SIHO Patoka V-UMR(Fiserv)

Anthem/BCBS First Health Medicare B Patoka V-Medben Patoka V-UMR(Fiserv)

BCBS Federal Golden Rule Medicare RR Patoka V-Meritain Patoka V-Unified Gr Sv United HC

NOMBRE DE SEGURO PRIMARIO MIEMBRO/#ID ASEGURADO GROUP ID

RELACION AL SUBSCRITOR/ASEGURADO: Yo Pareja Dependiente

NOMBRE DE SUBSCRITOR/ASEGURADO APELLIDO DE SUBSCRITOR/ASEGURADO FECHA DE NACIMIENTO DE SUBSCRITOR/ASEGUR. GÉNERO: H M

Al firmar abajo, doy consentimiento al uso y revelación de la información de salud de mi hijo/a por el propósito de operaciones del cuidado de salud, acompañado por la asignación del pago de su asegurador enlistado arriba a VaxCare por los servicios prestados. Comprendo que seré responsable por los pagos por las vacunas previstas en caso de la falta de pago por parte de mi compañía de seguro.

ID MEDICAID O NUMERO DE ID DEL ESTADO NO SEGURO No tengo seguro o Medicaid que cubra a mi hijo/a

Al firmar abajo, solicito que el cobro de los beneficios de Medicaid sean enviados en mi nombre al Departamento De Salud del Condado de Noble por los servicios previstos a mi hijo/a. Permito el intercambio de información de salud de mi hijo/a o algún otra información confidencial cual sea necesaria al Centro de Medicare y Servicios Medicaid (CMS), sus agentes, o otros agentes necesarios para determinar los beneficios relacionados a los servicios previstos. Consiento al participar en planes de tratamientos y asignaciones de los beneficios del Departamento de Salud del Condado de Noble por los servicios prestados.

3 Authorization and Consent

Consentimiento para uso de PROTECTED HEALTH INFORMATION & CLAIM ASSIGNMENT: Reconozco y doy consentimiento que el recibo de Aviso De Practica De Privacidad reserve el uso de revelación asía mi información de salud personal por el propósito de atenciones de operación medica, acompañado por la complete asignación de cobro del asegurador enumerado anteriormente a las asociaciones de VaxCare con los servicios contemplados aquí. Autorización de Vacuna: Mi firma en este formulado indica que es requerido la vacuna indicada sea administrada a mi por un representante de VaxStation o VaxCare. Yo relevo a VaxCare, VaxCare asociados, el/la enfermero/a administrador y personal de cualquier cargo por alguna reacción que pueda ocurrir. Yo incondicionalmente e irrevocablemente cedo mis derechos a juicio por la American Arbitration Association. Ni yo ni VaxCare podremos intitular a unir o consolidar reclamaciones en arbitración por o en contra de otros individuos o ente, o arbitrar cualquier reclamo como un miembro de representante de una clase o con un abogado general de capacidad general. En el caso de exposición ocupacional, VaxCare tiene el permiso del paciente para crear exámenes de sangre para la seguridad del pacientes e empleados por igual. El leído o se me ha explicado la información del Vaccine Information Statement(s) y comprendido los riesgos (Incluyendo reacciones adversas) y los beneficios de la(s) vacunas. Comprendo que seré responsable por el cobro de la vacuna(s) cuales datos se encuentran al fondo del documento, los servicios no son gratuitos, y que la falta de pago por parte de la compañía de su seguro o paciente resultara en que su cobro será enviado a una agencia de cobros por la cantidad debida. Adicionalmente, comprendo que soy un paciente de auto pago o sin cobro recibiendo servicios por cuales los fondos deberán ser pagados al tiempo de servicio e no ser enviado a VaxCare. Si está dando consentimiento por otro: tengo autorización legal, basada en mi relación al individuo indicado arriba, a dar consentimiento para la administración de la(s) vacuna(s).

FIRMA DEL PADRE/TUTOR FECHA

FOR OFFICE USE ONLY - BLACK INK ONLY

Vaccination Details (Lot number must be recorded. Please adhere label or print clearly.)

VACCINE USED: VFC VAXCARE

PRODUCTS ADMINISTERED: Seasonal Influenza

Product Name: <input type="text"/>	LOT# <input type="text"/>	SITE: <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> RL Other <input type="text"/>	Product Name: <input type="text"/>	LOT# <input type="text"/>	SITE: <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> RL Other <input type="text"/>
		DELIVERY: <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IN Other <input type="text"/>			DELIVERY: <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IN Other <input type="text"/>
Product Name: <input type="text"/>	LOT# <input type="text"/>	SITE: <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> RL Other <input type="text"/>	Product Name: <input type="text"/>	LOT# <input type="text"/>	SITE: <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> RL Other <input type="text"/>
		DELIVERY: <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IN Other <input type="text"/>			DELIVERY: <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SQ <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IN Other <input type="text"/>

Questionario de contraindicaciones para la vacuna inyectable contra la gripe

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
mes día año

Para pacientes adultos y para los padres de niños a los que se van a vacunar: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no deberíamos aplicar hoy la vacuna inyectable contra la influenza (la gripe) a usted o a su hijo. Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerles más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	sí	no	no sabé
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO LLENADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____

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

Las hojas de Información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite 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
- tos
- dolor de garganta
- dolor de cabeza
- dolor muscular
- congestión o secreción nasal
- cansancio

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/

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, 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. 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

Vaccine Information Statement
Inactivated Influenza Vaccine

08/07/2015

Spanish

Office Use Only



42 U.S.C. § 300aa-26