

# VACUNAS ANTIGRIPALES GRATUITAS EN LA ESCUELA

Dé vuelta para firmar el formulario de consentimiento



En colaboración con:  
[PARTNER] | [PARTNER] | [PARTNER]

## CÓMO CONSEGUIR UNA VACUNA ANTIGRIPAL GRATUITA PARA SU ESTUDIANTE

- 1 Lea toda la información de esta hoja.
- 2 Conteste **todas** las preguntas **al reverso** de este formulario de consentimiento. **Complete un formulario por estudiante.**
- 3 **Firme** con su nombre al final del formulario de consentimiento.
- 4 Presente este formulario en la escuela de su estudiante de forma inmediata.

### ¡CONTAGIE ALEGRÍA EN VEZ DE LA GRIPE!

- La gripe es una enfermedad grave, y los pediatras recomiendan que todos los niños reciban vacunas contra la gripe cada año.
- Las investigaciones demuestran que los niños vacunados faltan menos a la escuela. Los padres/tutores también pierden menos días de trabajo.
- Cuando los niños se vacunan contra la gripe también se protege a quienes están a su alrededor, incluyendo a los bebés y los ancianos.

### LA VACUNACIÓN ES SEGURA, FÁCIL Y CONVENIENTE.

- La vacuna contra la gripe será administrada en la escuela, durante las horas escolares, por enfermeros capacitados y estudiantes de enfermería supervisados.
- La vacuna contra la gripe es proveída por el departamento de salud. Es la misma vacuna que recibiría su estudiante de su médico o clínica habitual.
- El servicio es **GRATIS** para los participantes.

**LA PARTICIPACIÓN ES OPCIONAL.** Solo los estudiantes con un formulario de consentimiento completado recibirán una vacuna. Solo complete un formulario si quiere que su estudiante reciba la vacuna.

**BENEFICIOS Y RIESGOS.** Existen beneficios y riesgos por recibir la vacuna contra la gripe.

- Los beneficios incluyen: la vacuna evita que se contagie la gripe, y si se enferma los síntomas de la gripe serán más leves.
- Los riesgos incluyen: reacción de leve a severa y efectos secundarios como dolor en el lugar de la inyección, fiebre y molestias.

**Su estudiante no debe recibir la vacuna contra la gripe si ha tenido una reacción severa/potencialmente mortal después de recibir alguna vacuna o si tiene antecedentes de Síndrome de Guillain-Barré (SGB).**

**Revise las Declaraciones informativas sobre la vacuna Influenza (VIS, por sus siglas en inglés)** para obtener más información que está disponible en la escuela de su hijo, en el departamento de salud y en [WEBSITE].

**Normas de privacidad del [ORGANIZATION]:** Su información de salud es confidencial y está protegida por la ley. Tenemos la responsabilidad de proteger esta información de conformidad con la ley y de proporcionarle un Aviso de las Prácticas de Privacidad. Podrá encontrar una copia completa en [WEBSITE], pedir una copia del [ORGANIZATION] o leerla en la escuela el día de vacunación.

**El Registro de Vacunación de [STATE]** es un sistema informático seguro y confidencial administrado por el Departamento de Salud Pública de [STATE] que pone la información sobre vacunación a disposición de los proveedores de atención médica, incluidos muchos pediatras locales. El [ORGANIZATION] enviará la información sobre la vacunación antigripal de su estudiante al [STATE REGISTRY] de conformidad con la ley estatal de [STATE]. Para obtener más información sobre el [REGISTRY], visite [REGISTRY WEBSITE].  Marque este cuadro si NO quiere que la información sobre la vacunación de su estudiante sea divulgada a los proveedores de atención médica que usan el [REGISTRY].

**Si tiene alguna pregunta, necesita copias de la VIS o el Aviso de Prácticas de Privacidad o necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el [ORGANIZATION] al [PHONE NUMBER] o visite [WEBSITE].**



# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

**\*\* UNO POR ESTUDIANTE \*\***

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante

Apellido del estudiante

Fecha de nacimiento del estudiante

mes                      día                      año

Edad

Sexo:  Masc.  Fem.

Dirección del estudiante

C.P.

Nombre de la escuela

Maestro/N.º de salón

Grado

Correo electrónico del padre/la madre/el tutor

N.º de teléfono

Nombre de la madre

*El nombre de la madre se usa para ayudar a identificar a los estudiantes en el [REGISTRY]. Para obtener más información sobre el [REGISTRY], consulte el reverso de esta hoja.*

¿Podemos comunicarnos con usted para pedirle comentarios sobre cómo mejorar este programa?  Sí  No

## SEGURO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Este servicio es gratis. Su seguro de salud puede ayudar a cubrir el costo de la vacunación de su estudiante pero no se le cobrará a usted.

Número del seguro

[COMPANY]

[COMPANY]

[COMPANY]

[COMPANY]

[COMPANY]

[COMPANY]

[COMPANY]

No tiene seguro

[COMPANY]

[COMPANY]

[COMPANY]

Otro: \_\_\_\_\_

## RAZA U ORIGEN ÉTNICO DEL ESTUDIANTE (Marque todas las opciones que correspondan)

Esta pregunta nos ayuda a garantizar el acceso equitativo al programa.

Asiático

Indio estadounidense o Nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Blanco

Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico

Hispano o latino

## ANTECEDENTES MÉDICOS – ES NECESARIO QUE CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

① ¿Es su estudiante alérgico al látex?

Sí

No

② ¿Es su estudiante alérgico a los huevos?

Sí

No

③ ¿Ha tenido alguna vez su estudiante alguna reacción grave a algún tipo de vacuna?

Sí

No

④ ¿Ha tenido alguna vez su estudiante un tipo de debilidad muscular severa llamada Síndrome de Guillain-Barré?

Sí

No

## FIRMA Y CONSENTIMIENTO

Al firmar mi nombre abajo, yo (padre/madre/tutor) confirmo lo siguiente:

- **Doy mi permiso para que el estudiante cuyo nombre aparece en este formulario reciba la vacuna inyectable contra la gripe en la escuela.**
- He leído o me han explicado las Declaraciones informativas sobre la vacuna (VIS) y entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la gripe.
- He leído o recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del [ORGANIZATION].

Firma del padre/la madre/el tutor (OBLIGATORIO)

Fecha

Nombre en letra de molde

Su relación con el estudiante:

Madre  Padre  Tutor(a) legal

Otra: \_\_\_\_\_

Consulte las instrucciones  al reverso de esta hoja