City of Newton
Ruthanne Fuller
Mayor

HEALTH AND HUMAN SERVICES DEPARTMENT
1000 Commonwealth Ave.
Newton, MA 02459

전화 617.796.1420 팩스 617.552.7063
TDD/TTY 617.796.1089

2019 년 9 월

학부모/보호자님 안녕하세요.

보건사회복지부(Health and Human Services Department)는 유치원에서 12 학년까지 Newton 의 모든 학생들에게 독감 예방접종을 실시하게 되어 다시 한번 기쁘게 생각합니다.

독감 예방주사는 가족에게 비용을 부과하지 않고 학교 일과 중에 실시할 예정입니다. 메사추세츠 보건부(MDPH)가 학생들을 위해 독감 예방접종을 실시하므로 올해도 독감 예방접종은 무료이지만, 예방접종 비용을 회수하는 데 도움이 되도록 보험 정보를 요청하는 바입니다. 저희는 올해 코 스프레이 독감 백신 (FluMist)을 제공하지 않습니다.

Newton 의 각 공립학교에 9 월 말부터 11 월 중순까지 진료소를 열 예정입니다. 구체적인 진료소 날짜는 각 학교에서 발표하고 다음 사이트에서 온라인으로 게시할 것입니다. www.newtonma.gov/flu

귀하의 자녀를 등록하려면 해당 자녀 학교의 진료소 날짜로부터 수업일 기준으로 2 일 이전에 두 개의 양식을 학교 간호사에게 제출해야 합니다.

1. **동의서/선별 양식**
2. **학생 예방접종 실시 기록/보험 정보 양식**

- 양식은 온라인 www.newtonma.gov/flu 에 있거나 또는 학교 간호사 사무실에 있습니다.
- 등록하지 않은 학생에 대해서는 접종을 실시하지 않습니다.
- 독감 예방접종에 관한 정보(위험성 및 이점 포함)는 www.newtonma.gov/flu 에 게시된 예방접종 정보 설명서에 나와 있습니다. 또한 학교 간호사도 정보를 가지고 있으므로 질문에 답변할 수 있습니다.
- CDC 는 6 개월 이상의 모든 사람들에게 독감 예방접종을 권장합니다.

매년 아동들이 독감으로 인해 심각한 합병증에 걸릴 위험성이 있습니다. 독감 예방접종은 아동을 독감에 걸리는 것으로부터 보호하는 최선의 방법 중 하나입니다. 이 중요한 예방 프로그램을 활용하시기 바랍니다. 독감 예방접종 또는 저희 예방접종 프로그램에 관한 질문이 있으면 해당 학교 간호사에게 문의하십시오.

감사합니다.

Ruth Hoshino, RN
학교 건강 서비스 책임자

David Fleishman
교육감

City of Newton
Ruthanne Fuller
Mayor

Health and Human Services Department
1000 Commonwealth Avenue, Newton, MA 02459-1544
전화 617.796.1420 팩스 617.552.7063 TDD/TTY 617.796.1089

Public Health
Prevent. Promote. Protect.

학생 독감 예방접종 동의서 및 선별 양식 2019-2020

자녀의 성 (Child's Last Name)	**자녀의 이름** (Child's First Name)	**생년월일** (DOB)	**연령**(Age)
학부모/보호자 성(Parent/Guardian Last Name)	**학부모/보호자 이름** (Parent/Guardian First Name)	**학부모/보호자 주간 연락 전화번호**(Parent/Guardian Daytime Phone)	
학교명 (School Name)	**교사 (유치원~ 5 학년까지)** (Teacher) **또는 팀 (6~8 학년)** (Team) **9~12 학년의 경우 공란으로 두십시오**		**학년**(Grade)

독감 예방주사 선별 질문에 답변하시고 아래에 서명하십시오

	예 (Yes)	**아니요** (No)
1. 자녀가 과거에 독감 예방접종을 받고 심각한 반응을 보인 적이 있습니까? (Has your child ever had a serious reaction to a flu vaccine in the past?)		
2. 자녀가 독감 예방접종을 받은 후 6 주 내에 길랑-바레 증후군(일시적인 심각한 근육 약화)을 경험한 적이 있습니까? (Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome?)		
3. 달걀을 먹고 심각한 알레르기 반응을 보인 적이 있습니까? (Has your child ever had a serious allergic reaction after eating eggs?)		
4. 젠타 마이신, 네오 마이신, 폴리 믹신 또는 젤라틴에 대한알레르기가있습니까? (Does your child have an allergy to gentamicin, neomycin, polymyxin, or gelatin?)		

A 질문 1 과 2 에 "예"라고 대답한 경우 자녀는 학교에서 이 백신을 접종할 수 없음을 나타냅니다. A 질문 3 과 4 에"예"라고 대답하는 경우 자녀는 사용 가능한 약제에 따라 학교에서 이 백신을 접종 받을 수있습니다. 자세한 내용은 617-796-1420 으로 문의하십시오. 이러한 질문에 대한 답이 확실하지 않으면자녀의 의료 제공자에게 연락하시기 바랍니다.

나는 독감 예방주사에 관한 예방접종 정보 설명서를 읽었으며 그 위험성과 이점을 이해합니다. 나는 자녀가 이 예방접종을 받는 것에 동의합니다.

학부모/보호자 서명 (Parent/Guardian Signature)

일자 (Date): _____

6 개월부터 8 세까지의 모든 아동의 경우:

이 연령대의 아동은 2019 년 7 월 1 일 이전에 계절성 독감 예방접종을 2 회 이상 받지 않았을 경우 최소한 4 주 간격으로 2019-2020 계절성 독감 예방접종을 2 회 받아야 합니다.

두 번째 접종을 받으려면 자녀의 주치의에게 연락하거나, 다른 클리닉을 확인하려면 www.newtonma.gov/flu 를 방문하십시오.

****

메사추세츠 법률(M.G.L. c. 111, Section 24M)에서는 서비스 제공자들에게 **메사추세츠 면역 정보 시스템(MIIS)**이라고 하는 전산 면역 등록부에 면역 정보를 보고하도록 요구합니다. MIIS 는 귀하와 해당 보건의료 서비스 제공자를 위해 면역 기록을 저장하고, 홍역이나 독감 같은 질병의 발병을 방지하기 위해 도움을 줄 수 있습니다. MIIS 의 모든 정보는 안전하게 비밀로 유지됩니다. MIIS 는 보건의료 서비스 제공자, 학교 간호사, 지역 건강위원회 및 면역 관련 주 당국 간에 정보를 공유하도록 허용합니다. 귀하는 MIIS 에서 서비스 제공자들 간에 귀하의 정보를 공유하는 것에 반대할 권리가 있습니다. 자세한 내용은 해당 보건의료 서비스 제공자에게 문의하거나 메사추세츠 면역 프로그램 전화 617-983-6800 또는 888-658-2850 번으로 직접 연락하시기 바랍니다.

2019-2020 년 학생 독감 보험 정보 양식 및 예방접종 실시 기록

예방접종을 받는 모든 사람은 이 양식을 작성해야 합니다. 보험 정보를 확인할 수 없을 경우, 기존 정보를 사용하여 최대한 많은 내용을 기입하십시오.

예방접종 대상자의 정보 (Information about the person to receive the vaccine) (인쇄체로 기입 요망): *필수 항목

성 (Last Name)*	이름 (First Name)*	MI	생년월일 (DOB): * _____ / _____ / _____ 월 (M) 일 (D) 년 (Y)	연령 (Age)*	성별(Sex):*
번지 (Address):*					
시 (City):*	주 (State): *	우편번호 (Zip):*	전화번호 (Phone):* ( )		

보험 정보 (Insurance Information) 전체 가입자 ID 번호와 그 번호의 일부인 모든 문자를 포함시키십시오

보험회사 이름 (Name of Insurance Co):	가입자 ID 번호 (Member ID Number):	그룹 ID 번호 (Group ID Num.): (있을 경우)

면역 주사를 맞는 사람이 보험 가입자/정책 소유자가 아니라면 다음을 작성해 주십시오: (If person getting vaccinated is not the insurance subscriber/policy holder)**.**

가입자 이름 (Subscriber's Name): (성, 이름, MI) (Last, First, MI)			가입자의 생년월일(Subscriber's DOB): _____ / _____ / _____ 월 (M) 일 (D) 년 (Y)	성별(Sex):
가입자의 주소 번지 (Subscriber's Address): (위 주소와 다를 경우)				
시 (City):	주(State):	우편번호 (Zip):	전화번호 (Phone): ( )	
가입자와 환자 간의 관계 (Pt relationship to subscriber): (동그라미를 치세요)*	배우자 (Spouse)	자녀 (Child)	기타 (Other)	

18세 이하의 자녀인 경우 (For children 18 years of age and younger)**:**

자녀 예방접종(Vaccine for Children, VFC) 프로그램의 대상 자격이 있음 (Is Vaccine for Children Program eligible):

- ☐ 아메리칸 인디언(원주민 아메리칸) 또는 알래스카 원주민임 (Is American Indian or Alaska Native)
- ☐ Medicaid 에 등록되어 있음 (Medicaid 를 통해 등록된 경우 MassHealth 및 HMO 등 포함) (Enrolled in Medicaid)
- ☐ 건강 보험이 없음 (Does not have health insurance)

VFC 대상 자격이 없음 (Is not VFC eligible) : :

- ☐ 의료 보험이 있고 아메리칸 인디언(원주민 아메리칸) 또는 알래스카 원주민이 아님 (Has health insurance and isn't AI/AN)

나는 나의 보험회사에 대금을 청구하도록 허락합니다 (I give permission for my insurance company to be billed)**.**

X _____ 일자 (Date): _____

(환자, 학부모 또는 법적 보호자의 서명) (Signature of patient, parent, or legal guardian)

****

For Clinic/Office Use Only (진료소/사무실용)**:**

Signature of Vaccine Administrator: _____

Date of Service/Date VIS Given	Vax Type	Vaccine Mfgr	State Supplied	Preserv Free*	Lot No	Exp Date	Dose (mL)	Injection Route	Injection Site (Circle)	Date On VIS
	Place sticker here							IM	R Arm L Arm	8/15/19

Provider Name: Newton Health and Human Services Department MDPH Provider PIN#: 11223
Provider Address: 1000 Commonwealth Ave, Newton, MA 02459

백신 안내문

인플루엔자 백신(사백신 또는 재조합 백신): 꼭 알아야 할 사항

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

여러 백신 안내문은 스페인어 및 기타 언어로 작성하여 배포하고 있습니다. www.immunize.org/vis를 참조하십시오.

1 백신 접종을 하는 이유?

인플루엔자(독감)는 보통 10월에서 5월 사이에 매년 미국 전역에 유행하는 전염병입니다.

독감은 인플루엔자 바이러스가 원인 병원체이며 주로 기침, 재채기, 접촉에 의해 확산됩니다.

누구나 독감에 걸릴 수 있습니다. 독감은 갑자기 발병하여 여러 날 지속됩니다. 증상은 나이에 따라 다르고 다음과 같습니다.

- 열/오한
- 목 통증
- 근육통
- 피로
- 기침
- 두통
- 콧물 또는 코막힘

독감은 폐렴이나 혈액 감염을 일으킬 수 있으며 어린이의 경우 설사와 발작을 일으킬 수 있습니다. 심장 또는 폐 질환이 있을 경우 독감이 그 질환을 악화시킬 수 있습니다.

인플루엔자는 특정 사람에게 더 위험합니다. 유아와 어린이, 65세 이상 노인, 임신부, 특정 질병을 앓고 있거나 면역 체계가 약해진 사람이 가장 위험합니다.

매년 **미국에서 수천 명이 인플루엔자로 사망하**며 많은 사람이 입원을 합니다.

인플루엔자 백신의 효능:

- 독감 발병 방지
- 독감에 걸리더라도 증상을 약화시킵니다.
- 가족이나 다른 사람에게 전염을 방지합니다.

2 사백신 및 재조합 백신

독감이 유행하는 계절마다 인플루엔자 백신을 접종하십시오. 6개월 ~ 8세 어린이는 2회 접종이 필요할 수 있습니다. 그외 사람들은 1회 접종으로 충분합니다.

일부 사백신에는 수은계 방부제 티메로살이 소량 함유되어 있습니다. 연구 결과 백신의 티메로살은 유해하지 않은 것으로 나타났으나 티메로살을 함유하지 않은 백신도 있습니다.

인플루엔자 백신에는 살아 있는 바이러스가 없습니다. **그러므로 백신은 인플루엔자를 일으키지 않습니다.**

인플루엔자 바이러스는 그 종류가 많으며 항상 변화합니다. 매년 새 인플루엔자 백신은 다가오는 독감 철에 유행할 가능성이 있는 3 또는 4 종류의 바이러스에 의한 발병을 방지할 목적으로 제조됩니다. 그러나 백신이 이러한 바이러스와 정확하게 일치하지 않더라도 약간의 예방 효과가 있습니다.

인플루엔자 백신이 예방할 수 없는 질병:

- 백신에 포함되지 않은 바이러스에 의한 인플루엔자
- 독감과 유사하나 독감이 아닌 질병

예방 효과가 나타나려면 백신 접종 후 약 2주가 지나야 예방 효과가 있으며 예방 효과는 독감철 동안 지속됩니다.

3 다음에 해당하는 사람은 이 백신을 접종해서는 안 됩니다.

백신 접종을 담당하는 사람에게 다음 사항을 알리십시오.

- **심각한(생명을 위협하는) 알레르기가 있는 경우** 인플루엔자 접종 후 생명을 위협하는 알레르기 반응이 있거나 이 백신 성분에 대한 심각한 알레르기가 있을 경우 백신 접종을 하지 않는 것이 좋습니다. 모두는 아니지만 대부분의 인플루엔자 백신에는 소량의 달걀 단백질을 함유하고 있습니다.
- **길랭-바레 증후군(GBS)을 앓았던 사람** GBS 병력이 있는 사람 중 일부는 이 백신을 접종하지 않아야 합니다. 이 문제는 담당 의사와 상담하십시오.
- **건강 상태가 좋지 않은 사람** 가벼운 질환이 있을 때에는 보통 백신 접종을 해도 좋으나 상태가 좋아진 후 백신 접종을 하라는 권고를 받을 수 있습니다.

4 백신 부작용의 위험

백신 등 어떠한 의약품도 부작용이 발생할 수 있습니다. 부작용은 보통 경미하고 저절로 사라지지만 심각한 부작용도 발생할 수 있습니다.

인플루엔자 백신을 접종한 대부분의 사람은 문제가 없습니다.

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

인플루엔자 백신 접종 후 일어나는 **가벼운 증상:**
- 접종한 부위의 통증, 붉어지거나 부어오름
- 목소리가 쉼
- 눈이 아프거나 빨개지고 가려움
- 기침
- 열
- 통증
- 두통
- 가려움
- 피로

이러한 증상이 나타날 경우 보통 접종 후 시작되어 1, 2일간 지속됩니다.

인플루엔자 접종 후 나타나는 **심각한 증상:**
- 인플루엔자 사백신 접종 후 길랭-바레 증후군 (GBS) 위험이 조금 증가할 수 있습니다. 이 위험은 백신 접종한 사람 100만 명 중 1 또는 2명에게 발생합니다. 이 수치는 인플루엔자 백신으로 예방할 수 있는 인플루엔자 감염으로 인한 심각한 합병증의 위험보다 훨씬 낮습니다.
- 폐렴구균 백신(PCV13) 및/또는 DTaP 백신과 함께 인플루엔자 백신 접종을 실시한 어린이는 열로 인한 발작 가능성이 약간 높습니다. 더 자세한 내용은 의사에게 문의하십시오. 인플루엔자 백신 접종을 한 어린이가 발작을 일으킨 적이 있을 경우 의사에게 알리십시오.

일반 주사용 백신 접종 후 발생할 수 있는 증상:
- 예방 접종을 포함하여 의료 처치를 받은 후 기절하는 경우가 가끔 있습니다. 약 15분 동안 앉아 있거나 누워 있으면 기절을 방지할 수 있으며 넘어져 부상을 입지 않습니다. 어지럽거나 시력이 바뀌거나 귀에서 소리가 날 경우 의사에게 알리십시오.
- 어깨에 심각한 통증이 발생하거나 접종한 팔을 잘 움직이지 못하는 경우가 있습니다. 이러한 증상은 매우 드물게 발생합니다.
- 의약품은 심각한 알레르기 반응을 일으킬 수 있습니다. 백신으로 인한 알레르기 반응은 발생 확률이 1/100만로 매우 드물며 백신 접종 후 몇 분에서 몇 시간 이내에 발생합니다.

다른 약품과 마찬가지로 백신도 심각한 부상이나 사망을 일으킬 가능성은 매우 희박하다.

백신의 안전성이 항상 모니터된다. 더 자세한 내용을 알아보려면 **www.cdc.gov/vaccinesafety/ 웹 사이트를 방문하십시오.**

5 부작용이 심각할 경우 어떻게 합니까?

무엇을 주의 깊게 살펴보아야 합니까?
- 심각한 알레르기 반응의 징후, 고열, 또는 비정상적 행동 등 자신과 관련된 모든 사항을 주의 깊게 살펴보십시오.

심각한 알레르기 반응의 징후로는 두드러기, 얼굴과 목이 붓는 증상, 호흡 곤란, 심장 박동이 빨라짐, 어지럼증, 무력감 등이 있습니다. 이러한 증상은 예방 접종 후 수 분에서 몇 시간 이내에 나타납니다.

어떻게 해야 합니까?
- 알레르기 반응이 심각하거나 호전되기를 기다릴 수 없는 기타 위급한 상황이라고 생각될 경우 9-1-1로 전화하여 가장 가까운 병원으로 데리고 가십시오. 또는 의사에게 전화하십시오.
- 알레르기 반응을 백신 유해 사례 보고 시스템 (VAERS)에 신고해야 합니다. 의사가 이 보고서를 제출할 수도 있고 직접 VAERS 웹 사이트에서 (**www.vaers.hhs.gov**) 신고하거나 **1-800-822-7967** 번으로 전화 신고할 수도 있습니다.

VAERS에서는 의학적 조언을 하지는 않습니다.

6 연방 정부의 백신 피해 보상 프로그램

연방 정부의 백신 피해 보상 프로그램(VICP)은 특정 백신 때문에 손상을 입은 사람에게 보상하기 위해 만들어진 연방 프로그램입니다.

Persons who believe they may have been injured 백신으로 인해 손상을 입었다고 생각하는 사람은 **1-800-338-2382**로 전화하거나 VICP 웹 사이트 (**www.hrsa.gov/vaccinecompensation**)를 방문하여 프로그램과 배상 청구에 관하여 알아볼 수 있습니다. 배상 청구를 할 수 있는 기한이 있습니다.

7 더 자세한 사항을 어떻게 알아볼 수 있습니까?

- 담당 의사에게 문의하십시오. 의사가 백신 제품 설명서를 주거나 다른 정보 출처를 알려줄 것입니다.
- 지자체 또는 주 보건부로 전화하십시오.
- 다음 방법으로 질병 통제 예방 센터로(CDC) 연락하십시오.
  - 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)로 전화하십시오.
  - CDC 웹 사이트(www.cdc.gov/flu)를 방문하십시오.

Vaccine Information Statement
Inactivated Influenza Vaccine
Korean

08/07/2015

Office Use Only

42 U.S.C. § 300aa-26

Translation provided by the California Department of Public Health

Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): *What you need to know*

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 vaccine can prevent **influenza (flu)**.

Flu is a contagious disease that spreads around the United States every year, usually between October and May. Anyone can get the flu, but it is more dangerous for some people. Infants and young children, people 65 years of age and older, pregnant women, and people with certain health conditions or a weakened immune system are at greatest risk of flu complications.

Pneumonia, bronchitis, sinus infections and ear infections are examples of flu-related complications. If you have a medical condition, such as heart disease, cancer or diabetes, flu can make it worse.

Flu can cause fever and chills, sore throat, muscle aches, fatigue, cough, headache, and runny or stuffy nose. Some people may have vomiting and diarrhea, though this is more common in children than adults.

Each year **thousands of people in the United States die from flu**, and many more are hospitalized. Flu vaccine prevents millions of illnesses and flu-related visits to the doctor each year.

2 Influenza vaccine

CDC recommends everyone 6 months of age and older get vaccinated every flu season. **Children 6 months through 8 years of age** may need 2 doses during a single flu season. **Everyone else** needs only 1 dose each flu season.

It takes about 2 weeks for protection to develop after vaccination.

There are many flu viruses, and they are always changing. Each year a new flu vaccine is made to protect against three or four viruses that are likely to cause disease in the upcoming flu season. Even when the vaccine doesn't exactly match these viruses, it may still provide some protection.

Influenza vaccine **does not cause flu**.

Influenza vaccine may be given at the same time as other vaccines.

3 Talk with your health care provider

Tell your vaccine provider if the person getting the vaccine:

- Has had an **allergic reaction after a previous dose of influenza vaccine**, or has any **severe, life-threatening allergies**.
- Has ever had **Guillain-Barré Syndrome** (also called GBS).

In some cases, your health care provider may decide to postpone influenza vaccination to a future visit.

People with minor illnesses, such as a cold, may be vaccinated. People who are moderately or severely ill should usually wait until they recover before getting influenza vaccine.

Your health care provider can give you more information.

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

4 Risks of a vaccine reaction

- Soreness, redness, and swelling where shot is given, fever, muscle aches, and headache can happen after influenza vaccine.
- There may be a very small increased risk of Guillain-Barré Syndrome (GBS) after inactivated influenza vaccine (the flu shot).

Young children who get the flu shot along with pneumococcal vaccine (PCV13), and/or DTaP vaccine at the same time might be slightly more likely to have a seizure caused by fever. Tell your health care provider if a child who is getting flu vaccine has ever had a seizure.

People sometimes faint after medical procedures, including vaccination. Tell your provider if you feel dizzy or have vision changes or ringing in the ears.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a severe allergic reaction, other serious injury, or death.

5 What if there is a serious problem?

An allergic reaction could occur after the vaccinated person leaves the clinic. If you see signs of a severe allergic reaction (hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, or weakness), call **9-1-1** and get the person to the nearest hospital.

For other signs that concern you, call your health care provider.

Adverse reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your health care provider will usually file this report, or you can do it yourself. Visit the VAERS website at **www.vaers.hhs.gov** or call **1-800-822-7967**. *VAERS is only for reporting reactions, and VAERS staff 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. Visit the VICP website at **www.hrsa.gov/vaccinecompensation** or call **1-800-338-2382** to learn about the program and about filing a claim. There is a time limit to file a claim for compensation.

7 How can I learn more?

- Ask your healthcare provider.
- 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 **www.cdc.gov/flu**