



Ruthanne Fuller
Mayor



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Septiembre 2019

Estimados padres/ tutores:

El Departamento de Sanidad y Servicios Humanos (*The Health and Human Services Department*) se complace en ofrecer de nuevo la vacuna contra la influenza a todos los estudiantes de Newton, desde el kindergarten hasta el 12^o grado.

La vacuna contra la gripe se administrará durante el día escolar sin costo alguno a las familias. De nuevo, este año el programa de la vacuna contra la influenza es gratis ya que el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH) está proporcionando la vacuna para los estudiantes, pero les estamos pidiendo la información de su seguro médico para ayudar a recuperar los gastos por administrar la vacuna. Este año en las escuelas no vamos a ofrecer el aerosol nasal de la Influenza (FluMist).

Habrán clínicas en cada escuela pública de Newton empezando hacia finales de septiembre hasta mediados de noviembre. Las fechas específicas de las clínicas en cada escuela se anunciarán en la escuela y se publicarán en el www.newtonma.gov/flu

Para inscribir a su hijo han de devolver dos formularios a la enfermera escolar a más tardar dos (2) días antes de la clínica en su escuela:

- 1. Formulario de consentimiento/ revisión**
 - 2. Formulario de información del seguro médico del estudiante para la vacuna contra la gripe y constancia de la administración de la vacuna**
- Los formularios están disponibles en línea en el www.newtonma.gov/flu o la oficina de la enfermera escolar.
 - Los estudiantes que no estén inscritos no recibirán la vacuna.
 - La información sobre la vacuna contra la gripe, incluyendo los riesgos y beneficios, se encuentra en la Declaración de información sobre la vacuna, publicado en el www.newtonma.gov/flu Las enfermeras escolares también tienen información y pueden contestar cualquier pregunta que tengan.
 - El CDC recomienda la vacuna para todos empezando a los 6 meses de edad.

Cada año los niños están a riesgo de desarrollar complicaciones graves como consecuencia de la influenza. La vacuna contra la influenza es una de las mejores formas de proteger a los niños de contraer la influenza. Esperamos que se aprovechen de este importante programa de prevención. Por favor, hablen con su enfermera escolar si tienen cualquier pregunta sobre la vacuna contra la influenza o los cambios al programa este año

Sincerely,

Ruth Hoshino, RN
Directora de servicios de la salud escolares

David Fleishman
Superintendente de las escuelas



Ruthanne Fuller
Mayor

Departamento de Salud y Servicios Humanos
1000 Commonwealth Avenue, Newton, MA 02459-1544
Teléfono 617.796.1420 Fax 617.552.7063 TDD/TTY 617.796.1089



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Formulario de consentimiento y revisión para la vacuna contra la gripe 2019-2020

Apellido del niño (Child's Last Name)	Nombre del niño (Child's First Name)	Fecha de Nacimiento (DOB)	Edad (Age)
Apellido del padre/tutor legal (Parent/Guardian Last Name)	Nombre del padre/ tutor legal (Parent/Guardian First Name)	Teléfono diurno del padre/tutor legal (Parent/Guardian Daytime Phone)	
Nombre de la escuela (School Name)	Maestra (Pre-escolar al 5º grado) (Teacher) O Equipo (6º a l 8º grado) (Team) Deje en blanco para los de 9º a 12º grado		Grado (Grade)

Conteste las preguntas de revisión y firme

	Sí (Yes)	No (No)
1. ¿Ha tenido su hijo/a alguna reacción severa a la vacuna contra la gripe en el pasado? (Has your child ever had a serious reaction to a flu vaccine in the past?)		
2. ¿Ha tenido su hijo/a el Síndrome de Guillain-Barre (un tipo de debilidad muscular severa temporal) en las 6 semanas después de recibir la vacuna contra la gripe? (Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome?)		
3. ¿Ha tenido su hijo alguna reacción alérgica severa después de comer huevos/blanquillos? (Has your child ever had a serious allergic reaction after eating eggs?)		
4. ¿Es su hijo alérgico/a a la gentamicina, neomicina, polimixina o gelatina? (Does your child have an allergy to gentamicin, neomycin, polymyxin, or gelatin?)		

Un "SI" a las preguntas 1 y 2 indica que su hijo no puede recibir esta vacuna en la escuela. Un "SI" a las preguntas 3-4 indica que su hijo/a posiblemente pueda recibir esta vacuna en la escuela dependiendo de la formula disponible – favor de llamar al 617-796-1420 para recibir mas información. Si no está seguro de como contestar estas preguntas, comuníquese con el proveedor de salud de su hijo/a.

He leído la Declaración de información sobre la vacuna para la vacuna contra la gripe y entiendo los riesgos y beneficios. DOY PERMISO para que mi hijo sea vacunado con esta vacuna..

FIRMA DEL PADRE/ TUTOR LEGAL (Parent/Guardian Signature)

FECHA (Date): _____

Para los niños de 6 meses a 8 años de edad:

Los niños de esta edad han de recibir 2 dosis de la vacuna contra la influenza 2019-2020 con al menos un intervalo de 4 semanas, salvo en caso de haber recibido al menos 2 dosis de la vacuna contra la influenza temporal antes del 1 de julio 2019.

Comuníquese con el médico de su hijo para ponerle la segunda dosis o visite el: www.newtonma.gov/flu para información sobre otras clínicas.

La ley de Massachusetts (M.G.L. c. 111, Sección 24M) requiere que los proveedores registren la información de las inmunizaciones en un registro computarizado de inmunizaciones conocido como el **Massachusetts Immunization Information System (MIIS) [El sistema de información de las inmunizaciones de Massachusetts]**. El MIIS archiva los records de las inmunizaciones para usted y su proveedor de atenciones médicas y puede ayudar a prevenir brotes de enfermedades tales como el sarampión y la gripe. Toda la información archivada en el MIIS es confidencial y se mantiene segura. El MIIS permite que la información se comparta entre los proveedores de atenciones médicas, las enfermeras escolares, las juntas locales de la sanidad y las agencias estatales concernientes con las inmunizaciones. Usted tiene el derecho de objetar a que su información se comparta entre los proveedores del MIIS. Para más información, por favor pídasela a su proveedor de atenciones médicas, visite el sitio web del MIIS en el www.mass.gov/dph/miis o comuníquese directamente con el Programa de inmunizaciones de Massachusetts llamando al 617-983-6800 o 888-658-2850.

Formulario de información del seguro médico del estudiante para la vacuna contra la gripe y constancia de la administración de la vacuna 2019-2020

Es necesario que llene este formulario en su totalidad por cada persona que va a recibir la vacuna. Si no tiene información sobre seguro, por favor llene el formulario con la información existente.

Información sobre la persona que recibe la vacuna (Information about the person to receive the vaccine) (letra de molde):

***Información Requerida**

Apellido (Last Name)*	Primer Nombre (First Name)*	IM (MI)	Fecha de nacimiento (DOB):* ____/____/____ <small>Mes (M) Día (D) Año (Y)</small>	Edad (Age)*	Sexo (Sex):*
Dirección (Address):*					
Ciudad (City): *	Estado (State): *	Código postal (Zip):*	Teléfono (Phone): * ()		

Información de seguro (Insurance Information): Incluya todo el número y letras de identificación

Nombre de la compañía de seguro (Name of Insurance Co): *	Número de identificación (Member ID Number):*	Número de Grupo (Group ID Num.): (si existe)
---	---	--

Si la persona a ser vacunada no es suscriptor, por favor complete lo siguiente (If person getting vaccinated is not the insurance subscriber/policy holder):

Nombre del suscriptor (Subscriber's Name): (Apellido, nombre, inicial)*	Fecha de nacimiento del suscriptor (Subscriber's DOB): * ____/____/____ <small>Mes (M) Día (D) Año (Y)</small>	Sexo (Sex):	
Dirección del suscriptor (Subscriber's Address): * (solo si es diferente a la de arriba)			
Ciudad (City):	Estado (State): *	Código postal (Zip):*	Teléfono (Phone): * ()
Relación del paciente al suscriptor (Pt relationship to subscriber): (circle) * Esposo (Spouse) Hijo (Child) Otro (Other)			

Para los niños de 18 años y menores (For children 18 years of age and younger):

Es elegible para el programa Vaccine for Children (VFC) (Is Vaccine for Children Program eligible):

Es indígena americano (nativo americano) o nativo de Alaska (Is American Indian or Alaska Native)

Está inscrito en Medicaid (de estar inscrito a través de Medicaid, incluye MassHealth y HMOs etc.) (Enrolled in Medicaid)

No tiene seguro médico (Does not have health insurance)

No es elegible para el VFC (Is not VFC eligible):

Tiene seguro médico y no es indígena americano (nativo americano) o nativo de Alaska (Has health insurance & isn't AI/AN)

Doy mi permiso para que le cobren a mi seguro. (I give permission for my insurance company to be billed)

X _____ Fecha (Date): _____

(Firma del paciente, padre o tutor legal) (Signature of patient, parent, or legal guardian)

For Clinic/Office Use Only (Para uso clínico/de oficina solamente):

Signature of Vaccine Administrator: _____

Date of Service/Date VIS Given	Vax Type	Vaccine Mfr	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

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

sola 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