



VACUNAS ANTIGRIPALES GRATUITAS EN LA ESCUELA

Dé vuelta para firmar el formulario de consentimiento

In Partnership with:

Alameda County Public Health Department | California Department of Public Health | Oakland Unified School District



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.
- ⑤ Informe a su estudiante que este año **solo está disponible la inyección, y no el spray nasal.**

LAS VACUNAS CONTRA LA GRIPE AYUDAN A MANTENER LA SALUD DE TODOS.

- 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.
- Cuando más niños y adultos se vacunan contra la gripe, esto ayuda a que todos estén más saludables porque disminuye la propagación de la gripe en nuestra comunidad.

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 proporcionada por el Departamento de Salud Pública del Condado de Alameda. Es la misma vacuna que recibiría su estudiante de su médico o clínica habitual.
- No hay costo alguno: **es GRATUITA.**

LA PARTICIPACIÓN ES OPCIONAL. Solo los estudiantes con un formulario de consentimiento completado recibirán una vacuna.

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

- Los beneficios incluyen: la vacuna evita que se contagie de gripe, si se enferma la gripe será más leve y protege a las personas cercanas a usted.
- Los riesgos incluyen: reacción de leve a severa y efectos secundarios como dolor en el lugar de la inyección, fiebre y molestias.

Algunas personas no deben recibir la vacuna contra la gripe, como aquellas que han tenido una reacción severa/potencialmente mortal después de recibir cualquier vacuna o que tienen antecedentes de Síndrome de Guillain-Barré (SGB).

Revise la Declaraciones informativas sobre la vacuna Influenza (VIS, por sus siglas en inglés) para obtener más información sobre la vacuna contra la gripe, los riesgos, los beneficios y los efectos secundarios, disponible en shootheflu.org/consent y en formato impreso en la escuela de su hijo y en el Departamento de Salud.

Normas de privacidad del Departamento de salud pública del condado de Alameda (ACPHD, por sus siglas en inglés): 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 shootheflu.org/consent, pedir una copia al ACPHD o leerla en la escuela el día de vacunación.

El Registro de Vacunación de California (CAIR, por sus siglas en inglés) es un sistema informático seguro y confidencial administrado por el Departamento de Salud Pública de California que pone la información sobre vacunación a disposición de los proveedores de atención médica, incluidos muchos pediatras locales. El ACPHD enviará la información sobre la vacunación antigripal de su estudiante al CAIR de conformidad con la ley estatal de California. Para obtener más información sobre el CAIR, visite cairweb.org. 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 CAIR.

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 Programa de Inmunización del Departamento de Salud Pública del Condado de Alameda al

510-267-3230 o visite ShooTheFlu.org.





FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Uno por estudiante

ACTUALIZACIÓN IMPORTANTE: Debido a recientes cambios en las recomendaciones nacionales, la vacuna spray nasal (FluMist) **no** se encuentra disponible este año en los consultorios ninguno de los proveedores de atención médica ni a través de Shoo the Flu. Este año, solo se encuentra disponible la vacuna inyectable contra la gripe. Para obtener más información, visite: cdc.gov/flu.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante

Apellido del estudiante

Dirección del estudiante

C.P.

día mes año

Sexo: Masc. Fem.

Fecha de nacimiento del estudiante

Edad

Nombre de la escuela

Maestro/N.º de salón

Grado

Correo electrónico del padre/la madre/el tutor

N.º de teléfono

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

Nombre de la madre

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

SEGURO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Esta vacuna es gratuita, su nombre **no** será vinculado con esta información y **no** se le cobrará a su seguro.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alameda Alliance—Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Blue Cross—Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Kaiser—Medi-Cal | <input type="checkbox"/> No tiene seguro |
| <input type="checkbox"/> United Health Care | <input type="checkbox"/> Blue Cross—Privado | <input type="checkbox"/> Kaiser—Privado | <input type="checkbox"/> Cigna |
| <input type="checkbox"/> Blue Shield | <input type="checkbox"/> Health Net | <input type="checkbox"/> Aetna | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

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

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

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> 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 Departamento de Salud Pública del Condado de Alameda.

Firma del padre/la madre/el tutor

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 ➔