

# ESCUELAS PÚBLICAS DE WORCESTER

## Administración de enfermería

140 Apricot Street  
Worcester, MA 01603  
T: (508) 799-8554  
F: (508) 799-1527



**Debra McGovern, DNP, RN, PNP-BC**

*Directora de enfermería*

**Catherine Perry, MSN, RN**

*Supervisora de la escuela de enfermería*

**Diane Cowes, MBA, BSN, RN, NCSN**

*Supervisora de la escuela de enfermería*

Director(a) de la escuela Mary Ellen Scanlon

6 de octubre de 2017

Las escuelas públicas de Worcester llevarán a cabo un programa de vacunación para la influenza o gripe durante el día escolar. La fecha programada para la escuela Worcester Arts Mag. es el día Viernes, 27 de octubre de 2017 a las 9:00:00 AM.

Adjunto a esta carta usted encontrará:

1. Formulario de autorización para la revisión y vacunación 2017-2018
2. Formulario de información del seguro médico
3. Hoja informativa sobre la vacuna de la influenza

Si usted desea que su hijo(a) reciba esta vacuna, le rogamos complete todo el formulario de autorización para la revisión y vacunación; asegúrese de **firmarlo**. Por favor complete el formulario de información del seguro médico de la mejor forma posible. (Nosotros facturaremos a su compañía de seguros sin ningún cargo para usted) **Por favor envíe a la escuela estos formularios con su hijo(a) hasta el 17 de octubre de 2017 para que la enfermera escolar pueda revisarlos.** Si desea puede venir a la escuela de su hijo(a) y estar presente durante la vacunación; sin embargo, esto no es obligatorio. Asegúrese de completar toda la información del formulario caso contrario su hijo(a) no será vacunado.

Si desea estos formularios en otro idioma o si tiene alguna pregunta comuníquese con la enfermera escolar o el director. Todos los formularios también se encuentran disponibles en la página web de las WPS.

Atentamente,

Debra McGovern, DNP, RN BCPNP  
Escuelas públicas de Worcester  
Directora de enfermería

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA REVISIÓN Y VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA 2017-2018**  
**Vacuna inyectable contra la influenza**

**Sección 1: Información sobre el estudiante que recibe la vacuna** (por favor escriba): \*Campos obligatorios

Nombre: (Apellido, nombre, inicial) *		Fecha de nacimiento: * ____/____/____ Mes      Día      Año		Edad*	Género: (Encierre uno)* Masculino Femenino
Dirección:				Grado al que asiste el estudiante:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono: (      )		

**Sección 2: Autorización para la vacunación**

**AUTORIZACIÓN PARA LA VACUNACIÓN DEL ESTUDIANTE:** He leído o se me ha explicado la hoja informativa para la vacuna de la influenza 2015-2016 (no ha habido cambios para el 2017-2018) y entiendo los riesgos y beneficios.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** para que mi hijo(a) nombrado en la parte superior de este formulario reciba esta vacuna. (Si esta autorización no es firmada, fechada y entregada, mi hijo(a) no será vacunado).

**NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para que mi hijo(a) nombrado en la parte superior de este formulario reciba esta vacuna.



_____ Firma del padre/tutor legal	____/____/____ Fecha	_____ Firma del padre/tutor legal	____/____/____ Fecha
--------------------------------------	-------------------------	--------------------------------------	-------------------------

**Sección 3: Autorización para compartir información:** Complete esta sección solamente si autorizó que su hijo(a) reciba la vacuna contra la influenza. Esta información será compartida para asegurar que su hijo(a) sea vacunado de manera apropiada. Usted puede negarse a firmar la autorización para compartir información. Si este fuera el caso, su firma no afectará la elegibilidad de su hijo(a) para ser vacunado.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi autorización para que la persona o entidad que administró la vacuna  
 (Escriba con letra imprenta su nombre)  
 contra la influenza 2017-2018 a mi hijo(a) \_\_\_\_\_ comparta las copias del formulario de autorización  
 (Escriba el nombre completo de su hijo(a))  
 para la vacunación contra la influenza 2017-2018 y los registros de vacunación con la escuela de mi hijo(a) y el proveedor de cuidado médico nombrado a continuación; así como también, con el Departamento de Salud Pública y la comisión local de salud en mi comunidad. También doy mi autorización para que cada una de estas entidades compartan entre ellos el formulario de autorización para la influenza estacional y los registros de vacunación.

<b>Proveedor de cuidado médico de mi hijo(a):</b>	<b>Escuela de mi hijo(a):</b>
Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	

- Esta información médica será divulgada a petición mía y para asegurar que mi hijo(a) sea vacunado apropiadamente.
- Esta autorización vence al finalizar el año lectivo 2017-2018.
- Si la persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de cuidado médico o seguro médico protegido por las regulaciones federales de privacidad, la información recibida puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Las regulaciones estatales de privacidad protegen la información recibida por parte del Departamento de Salud Pública de MA y las comisiones locales de salud.
- Entiendo que puedo revisar o sacar una copia de la información protegida de salud la cual será divulgada y compartida conforme a esta autorización.
- Por último, entiendo que puedo retirar mi autorización por escrito en cualquier momento a través del envío de una notificación escrita a:

Worcester Public Schools, 20 Irving Street, Worcester, MA. Sin embargo, si retiro mi autorización en una fecha posterior a la establecida, cualquier formulario de vacunación contra \_\_\_\_\_ o registro de vacunación compartido no podrá ser protegido.



_____ Firma del padre o tutor	_____ Escriba el nombre del padre o tutor
Dirección: _____	Fecha de la firma: ____/____/____

La autorización para compartir esta información cumple con los requisitos de HIPAA y FERPA

## Revisión para la vacuna *inyectable* contra la influenza

Complete esta sección solamente si autorizó que su hijo(a) reciba la vacuna contra la influenza. Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a determinar si su hijo(a) requiere de 0, 1 o 2 dosis de la vacuna contra la influenza este año.

### Sección 1: Información para determinar si su hijo(a) debe recibir 0, 1 o 2 dosis de la vacuna contra la influenza. \*Campos obligatorios

Si su hijo(a) tiene o es mayor de 9 años, continúe con la Sección 2.

Si su hijo(a) tiene o es menor de 8 años, conteste las siguientes preguntas de este casillero.

1. ¿Recibió su hijo(a) 1 o más dosis entre el 1 de julio de 2015 y el 30 de junio de 2017?  Sí  No
2. Si la respuesta es no, ¿Recibió su hijo(a) 2 o más dosis entre el 1 de julio de 2010 y el 30 junio de 2017?  Sí  No
3. ¿Ha recibido su hijo(a) una vacuna contra la influenza está temporada (desde el 1 de julio de 2017)?
- No (Si la respuesta es no, continúe con la sección 2)  Sí
- Si la respuesta es afirmativa, por favor indíquenos la cantidad de las dosis y las fechas de vacunación:
- 1 dosis  2 dosis
- Dosis 1:** Fecha recibida: mes \_\_\_\_ día \_\_\_\_ 2017 **Dosis 2:** Fecha recibida: mes \_\_\_\_ día \_\_\_\_ 2017

### \*Sección 2: Información para determinar si su hijo(a) debe recibir la vacuna contra la influenza 2017-2018

A. Por favor seleccione SI o NO para cada pregunta. Si usted contesta "SI" a una o más de 4 preguntas, su hijo(a) no podrá recibir la vacuna contra la influenza en la escuela a menos de que obtenga una nota por parte del proveedor de cuidado médico indicando que su hijo(a) puede recibir esta vacuna. Si usted contesta "NO" a todas estas preguntas, su hijo(a) recibirá esta vacuna. Si no está seguro de las respuestas, por favor consulte con el proveedor de cuidado médico de su hijo(a).

	NO	SI
1. ¿Es su hijo(a) alérgico a los huevos?		
2. ¿Es su hijo(a) alérgico a la gentamicina, neomicina, polimixina o gelatina?		
3. ¿Alguna vez ha tenido su hijo(a) una reacción severa a la vacuna contra la influenza en el pasado?		
4. ¿Ha tenido su hijo(a) el síndrome de Guillain-Barre (un tipo de debilidad muscular temporal severa) dentro de las 6 semanas después de recibir la vacuna contra la influenza?		

# Formulario de información del seguro médico para la vacunación infantil 2017-2018

\*Cada persona que recibe la vacuna debe completar este formulario. Si no tiene a su disposición información relacionada con el seguro médico, le pedimos de favor complete la mayor cantidad de preguntas posibles con la información existente.

**Información sobre la persona que recibe la vacuna** (escriba en imprenta): **\*Campos obligatorios**

Nombre: (Apellido, Nombre, Inicial)*	Fecha de nacimiento: * _____ Mes      Día      Año	Edad*	Género: (Encierre uno)* Masculino      Femenino
Dirección:*			
Ciudad:*	Estado: *	Código postal:*	Teléfono: * (      )

**Información del seguro médico:** **Incluya el número completo de identificación del afiliado y cualquier letra que forme parte de este número.**

Nombre de la compañía de seguros:*	Número de identificación del afiliado:*	Número de identificación grupal: (si está disponible)
------------------------------------	---	---

**Si la persona que está siendo vacunada no es el suscriptor, por favor complete lo siguiente:**

Nombre del suscriptor: (Apellido, Nombre, Inicial)*	Fecha de nacimiento del suscriptor: * _____ Mes      Día      Año	Género: (Encierre uno)* Masculino      Femenino
Dirección del suscriptor: * <b>(Si es diferente de la mencionada anteriormente)</b>		
Ciudad:*	Estado:*	Código postal: *      Teléfono: * (      )
Parentesco del paciente con el suscriptor: (Encierre uno)*      Esposo(a)      Hijo(a)      Otro		

**Doy mi autorización para que mi compañía de seguro médico sea facturada. Además doy mi permiso para que la información de la vacunación de mi hijo(a) sea ingresada en el Sistema de Información de Inmunización de Massachusetts (MIIS, por sus siglas en inglés)**



\_\_\_\_\_ (Firma del paciente, padre o tutor legal)

Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**\*Adjunte una fotocopia de todas las tarjetas de seguro médico en esta sección (si es posible):**

# Formulario de información del seguro médico para la vacunación infantil 2017-2018

Por favor complete esta sección si su hijo(a) tiene o es menor de 18 años:

Elegibilidad para el Programa de Vacunación para Niños (VFC, por sus siglas en inglés):

Si está registrado en Medicaid (incluyendo MassHealth y HMOS etc. si está registrado a través de Medicaid)

No tiene seguro médico

Es Indio Americano (Nativo Americano) u originario de Alaska

No es elegible para VFC:

Tiene seguro médico y no es Indio Americano (Nativo Americano) u originario de Alaska

\*\*\*\*\*

## For Clinic/Office Use Only:

(Para uso exclusivo de la clínica/oficina):

Date of Service <i>*PLEASE FILL IN DATE</i>	Vax Type	Vaccine Mfr	Lot No	Exp Date	Dose (mL)	State Supplied	Preserv Free*	Injection Route	Injection Site <i>(Circle)</i>	Date On VIS	Date VIS Given
	IIV4	GSK Flulaval	PN75E	5/31/2018	0.5	Yes	Yes	IM	R Arm L Arm R Leg L Leg		

IIV4 = Inactivated influenza vaccine, quadrivalent

## Signature of Vaccine Administrator:

(Firma de la persona que administra la vacuna)

---

## Print Name:

(Nombre)

---

## 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](http://www.immunize.org/vis)

Las hojas de Información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite [www.immunize.org/vis](http://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
- dolor de garganta
- dolor muscular
- cansancio
- tos
- dolor de cabeza
- congestión o secreción nasal

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/](http://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](http://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](http://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](http://www.cdc.gov/flu)

Vaccine Information Statement  
Inactivated Influenza Vaccine

08/07/2015

Spanish

Office Use Only

