



2018-2019 NO-COST Flu Shot (IIV*) Vaccine Consent Form



Complete this form and return it to your child's school, or
sign up online at register.miamidadeflu.com

PLEASE PRINT LEGIBLY. EVERY SECTION OF THIS FORM IS REQUIRED.

Student Information					
Last Name	First Name, Middle Initial	Suffix	Name of School	Grade	Homeroom
Address			City	State	Zip Code
Birth Date (month/date/year)	Age	Sex	Demographic Information (Circle one): White American Indian/Native Alaskan Black Asian Hispanic Other		

Parent Information			
Last Name	First Name, Middle Initial	Suffix	Email Address
Relationship to Student			Home Phone Number
			Cell Phone Number

Required Health Insurance Information	
<i>This program is made possible by parents accurately and honestly reporting their complete insurance information below. Thank you for your participation in this no-cost program.</i>	
There is no cost to you. We guarantee you a \$0 copay. We are required to bill your insurance company for the vaccine.	
Check one: <input type="checkbox"/> Private Insurance <input type="checkbox"/> Medicaid (ex: AmeriGroup, Wellcare, Integral) <input type="checkbox"/> No Insurance: I certify that my child is not covered by any health insurance	
Insurance Company	Member ID
Policy Holder's Name	Policy Holder's Date of Birth

Medical Information	Check One
Is your child 4 years or older?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do any of the following apply to your child? (If you answer YES, your child cannot receive a Flu Vaccine at school, please contact your child's doctor) • Allergy to chicken eggs or egg products • Life threatening reaction(s) to flu vaccine in the past • Allergy to Latex • Has had Guillain-Barre syndrome (very rare)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do any of the below apply to your child? Has long-term health problems with weakened immune system, heart disease, lung disease (e.g. cystic fibrosis), liver disease, kidney disease, or metabolic disorders (e.g. diabetes) or blood disorders (e.g. sickle disease or thalassemia)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

If you have any health questions, please contact your child's pediatrician or call Healthy Schools LLC at 1-800-566-0596 to speak to a nurse.

I have received, read, and understand the CDC Vaccine Information Statement for the Inactivated Influenza Vaccine (IIV). I have read these documents and understand the risk and benefits of the IIV vaccine. I give permission to Healthy Schools and their administrators to give my child the vaccine in my absence, to communicate with other healthcare providers, as needed, and for data entry, billing and storage according to Florida Department of Health policies. I hereby release Healthy Schools from any and all liability associated with the administration and potential side effects of the vaccine. I understand that my child and Healthy Schools will be creating a provider-patient relationship. By providing my cell phone I understand that I may be contacted at that number, including text messages, with information regarding Healthy School's services.

YES, I want my child to receive a no-cost, in-school flu shot.

Printed Name of Parent/Guardian

Signature of Parent/Guardian

Date

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY

VIS CDC IIV	IIVt0.5L IM Injection		
LOT Number	Expiration Date		
RN #	Date	Circle One:	RUA LUA

*Inactivated Influenza Vaccine



Formulario de Consentimiento para la vacuna contra la influenza (IIV*) sin costo 2018-2019



Complete este formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo,
o regístrese en línea en register.miamidadeflu.com

POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLEMENTE. CADA SECCIÓN DE ESTE FORMULARIO ES REQUERIDO.

Información del estudiante					
Apellido	Nombre, inicial de segundo nombre	Sufijo	Nombre de la Escuela	Año Escolar	Salón Principal
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Edad	Sexo	Información demográfica (encierre uno): Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska Negro Asiatico Hispanico Otro		

Información del padre			
Apellido	Nombre, inicial de segundo nombre	Sufijo	Dirección de correo electrónico
			Número de teléfono de casa
Relación con el estudiante			Número de Celular

Información de seguro médico	
<i>Este programa es posible gracias a los padres que reportan su información de seguro médico con precisión.</i>	
No hay costo alguno para usted. Le garantizamos un copago de \$0. Estamos obligados a facturarle a su compañía de seguro por la vacuna.	
Marque uno:	<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Medicaid (ej.: AmeriGroup, Wellcare, Integral) <input type="checkbox"/> Sin seguro: Yo certifico que mi niño no tiene ningún tipo de seguro médico.
Compañía de seguros	Identificación de miembro
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza

Información médica	Marque uno
¿Su hijo tiene 4 años o más?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguno de los siguientes aplican a su hijo? (Si responde Sí, su hijo no puede recibir la vacuna contra la gripe en la escuela, comuníquese con el médico de su hijo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Alergia a huevos de gallina o productos de huevo • Reacción(es) potencialmente mortal(es) a la vacuna contra la gripe en el pasado 	<ul style="list-style-type: none"> • Alergia al látex • Ha tenido el síndrome de Guillain-Barre (muy raro)
¿Alguno de los siguientes aplican a su hijo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiene problemas de salud a largo plazo con el sistema inmune debilitado, enfermedad del corazón, enfermedad pulmonar (por ejemplo, fibrosis quística), enfermedad del hígado, enfermedad del riñón, o trastornos metabólicos (por ejemplo, diabetes) o trastornos sanguíneos (por ejemplo, enfermedad falciforme o talasemia)	

Si tiene preguntas sobre su salud, comuníquese con el pediatra de su hijo o llame a Healthy Schools LLC al 1-800-566-0596 para hablar con una enfermera.

He recibido, leído y entiendo la Declaración de Información sobre la Vacuna de la CDC para la vacuna inactiva contra la influenza (IIV). He leído estos documentos y entiendo el riesgo y los beneficios de la vacuna IIV. Doy permiso a "Healthy Schools" y a sus administradores para que le den a mi hijo/a la vacuna en mi ausencia, para que se comunique con otros proveedores de atención médica, según sea necesario, y para el registro, facturación y almacenamiento de datos de acuerdo con las políticas del Departamento de Salud de la Florida. Por la presente, libero a "Healthy Schools" de cualquier responsabilidad relacionada con la administración y los posibles efectos secundarios de la vacuna. Entiendo que mi hijo/a y "Healthy Schools" crearán una relación proveedor-paciente. Al proporcionar mi teléfono celular, entiendo que es posible que se comuniquen conmigo a ese número, incluyendo mensajes de texto, con información sobre los servicios de "Healthy Schools".

Sí, deseo que mi hijo reciba la vacuna contra la gripe sin costo en la escuela.

Nombre impreso del padre / tutor

Firma del padre/tutor

Fecha

AREA FOR OFFICIAL USE ONLY			
VIS CDC IIV	IIVt0.5L IM Injection		
LOT Number	Expiration Date		
RN #	Date	Circle One:	RUA LUA

*inactiva contra la influenza

DECLARACION DE INFORMACION DE VACUNA

Vacuna (inactiva o recombinante) contra la influenza (gripe): Lo que debe saber

Mayor Vacuna Información Statement en los idiomas: See www.immunize.org/vi
La hoja de información sobre vacunas está en los idiomas: Visite www.immunize.org/vi

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. Cualquiera 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
- tos
- dolor de cabeza
- congestión o secreción nasal
- cansancio

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 timorosal, un preservativo que contiene mercurio. Los estudios no han demostrado que el timorosal en las vacunas es dañino, pero hay vacunas antigripales disponibles que no contienen timorosal.

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

Dígame 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 descansar 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.



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 serenas 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, estimadas 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/

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, 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. 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

Vaccine Information Statement Inactivated Influenza Vaccine

08/07/2015

Spanish



Office Use Only