

# Formulario de consentimiento para la vacuna contra la gripe



**Escuela:**

**Fecha Indicada de Clínica:**

Nombre del Estudiante:										Apellido del Estudiante:														
Genero: Masculino Femenino					Fecha de Nacimiento: (MM/DD/AAAA)					Edad					Grado									
Dirección										# Teléfono Hogar ( ) - # Teléfono Celular ( ) -														
Ciudad					Código Postal					Estado					Raza del Estudiante: (Circule Uno) Afroamericano / Negro Blanco Nativo de Alaska/Natvoamericano Asiático Hispano No-Hispano Hawaiano/Isleño del Pacífico Otro:									
Dirección Electrónica:																								

Las leyes actuales de atención médica requieren que facturemos a su compañía de seguros por la vacuna. El servicio se ofrece sin costo para usted. Las respuestas son siempre confidenciales.  
Complete las siguientes preguntas relacionadas con el seguro de salud de su hijo:

Medicaid <input type="checkbox"/>										Mi hijo NO tiene seguro de salud <input type="checkbox"/>										Compañía de Seguros:									
Nombre del Titular de la Póliza:										Apellido del Titular de la Póliza:																			
Identificación del Miembro:										Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: (MM/DD/AAAA)																			

MARQUE SÍ O NO EN CADA PREGUNTA

1	¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez una reacción grave o potencialmente mortal a la vacuna contra la gripe?	YES	NO
2	¿La persona que se va a vacunar ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	YES	NO
3	¿El paciente tiene alergia a los huevos?	YES	NO
4	¿El paciente tiene alergia a algún componente de la vacuna?	YES	NO



**SOLO REGRESE  
ESTA FORMA SI  
QUIERE ESTA  
VACUNA**

He leído la información sobre esta vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de Información Sobre la Vacuna. Estoy consciente de que puedo encontrar la Declaración de Información Sobre la Vacuna más actualizada y otra información en [www.immunize.org](http://www.immunize.org) o [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta vacuna y comprender los riesgos y beneficios. Por la presente, reconozco que según la información que se me presenta, mi niño/a es elegible para recibir la vacuna contra la influenza en la fecha de clínica indicada. Solicito y doy consentimiento voluntario para que la vacuna se administre al/la niño/a mencionado anteriormente, y de quien soy padre/madre o tutor legal y que tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Entiendo que no se puede garantizar que la vacuna contra la influenza dará inmunidad para contraer cualquier especie de influenza. Hoy mi niño/a se siente bien y no ha tenido fiebre recientemente. Acepto la responsabilidad de buscar atención médica para cualquier problema asociado con esta vacuna. Por la presente, libero al sistema escolar, Health Hero America LLC, sus empleados, representantes y agentes de cualquier responsabilidad por administrar la vacuna contra la influenza a mi niño/a. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud de mi niño/a antes de la fecha de vacunación. Las fechas de vacunación se pueden obtener de la escuela. Autorizo a HHA para proporcionar a la escuela de mi niño/a la documentación de las vacunas que se administran en la fecha de clínica indicada.



\_\_\_\_\_ NOMBRE IMPRESO DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_ FECHA

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL PERSONAL DE HHA

\_\_\_\_\_ FECHA

AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY  
VIS CDC IIV 08/15/2019 FLUZONE

Administered by: \_\_\_\_\_ Location: RA LA

**Health Hero America, LLC**  
244 Flightline Dr.  
Spring Branch, TX 78070  
mbatey@coldchain-tech.com  
**210-800-8402**





## Programa de Vacunas Para Niños de Texas Registro de la determinación de elegibilidad del paciente

En el consultorio del proveedor de servicios de salud debe mantenerse, durante un mínimo de cinco (5) años, un registro de todos los niños de 18 de años de edad o menores que reciban inmunizaciones por medio del Programa De Vacunas para los Niños de Texas (TVFC). Dicho registro lo puede rellenar el padre o la madre, el tutor el individuo cuyo nombre aparece en el registro, o el proveedor de servicios de salud. En cada visita para inmunización debe determinarse y documentarse el estado de elegibilidad para el TVFC a fin de asegurar que el menor es elegible para el programa. Aunque no se requiere la verificación de las respuestas, es necesario conservar este registro, o uno similar, para cada niño que recia vacunas bajo el Programa TVFC..

1. Nombre del Menor: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Incial del 2.o nombre
2. Fecha de Nacimiento del menor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Padre, tutor o individuo del registro: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Incial del 2.o nombre
4. Nombre del proveedor primario: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre
5. Compruebe por favor la categoría que se aplica
  - Está inscrito en Medicaid \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Date número de elegibilidad
  - Es un indio Americano un native de Alaska
  - No tiene Seguro de salud
  - Con Seguro insuficiente, recibe atención de un FQHC, una RHC, o un proveedor delegado
  - El paciente está inscrito en msuguro medico Plan Chip de niño \_\_\_\_\_ CHIP \_\_\_\_\_ Grupo
  - Es seguro:
    1. Tiene Seguro commercial, pero la cobertura no incluye vacunas
    2. Commercial Seguro cubre solo las vacunas
  - Tiene un Seguro privado que cubre las vacunas

Stock No. C-10  
Rev. 05/2017



### REGISTRO DE INMUNIZACIÓN (ImmTrac2) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Apellido del Niño(a)	Segundo Nombre del Niño(a)
Nombre del Niño(a)	*Solamente niños menores de 18 años.
____/____/____ Fecha de Nacimiento del Niño(a)	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección del Niño(a), Calle	Apartamento # ( ) ____ - ____ Teléfono
Ciudad	Estado Código Postal Condado
Nombre de la Madre	Apellido de Soltera de la Madre

ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menor de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac2. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten.

#### El Departamento Estatal de Servicios de Salud le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas

Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, por ley la puede acceder:

- el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción;
- el médico, o algún otro médico o proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente;
- la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor;
- la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito;
- el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Al firmar abajo, **YO AUTORIZO** el consentimiento para registrarlo. Deseo **INCLUIR** la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes:

Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba con letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma

**Notificación Sobre Privacidad:** Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <https://www.dshs.texas.gov> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

This translation is out of date. Use it along with the current VIS in English. Visit [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis) for details.  
Vaccine Information Statement • Influenza IV (8/7/15) • Spanish Translation • Distributed by the Immunization Action Coalition  
**DECLARACION DE INFORMACION DE VACUNA**

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

### 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
- 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 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.**

More 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).

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

Díglele 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-Barre (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.

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-Barre (GBS) después de recibir una vacuna antigripal inactiva. Se estima que este riesgo causa 1 o 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 pasan 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.hhsa.gov/vaccinecompensation](http://www.hhsa.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

42 U.S.C. § 300aa-26



Office Use Only



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