

Las escuelas de MSAD #37 tendrán una clínica de vacunación contra la influenza durante el mes de octubre/noviembre. La vacuna contra la influenza estará disponible sin costo para su hijo/a.

Por favor, lea las Hojas de Información sobre Vacunas adjuntas a esta carta y complete el Examen de Salud de la Vacuna contra la Influenza y el Formulario de Permiso adjunto y devuelvalos a la escuela antes del **viernes, 16 de octubre solo si quiere que su hijo/a reciba la vacuna contra la gripe en la escuela.** La fecha de la clínica aún no está asignada.

✓ Se le notificará si hay un cambio en las fechas planificadas para las clínicas escolares contra la influenza.

✓ Recordatorio: algunos niños menores de 9 años pueden necesitar 2 dosis de la vacuna contra la influenza este año.

✓ Consulte la Declaración de Información sobre Vacunas.

Para obtener información sobre la gripe y la vacuna, visite [www.maine flu.gov](http://www.maine flu.gov), [www.flu.gov](http://www.flu.gov) o <http://www.cdc.gov/flu> Si tiene preguntas sobre la vacuna contra la gripe, llame al Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Maine/Programa de Inmunización de Maine al 1-800-867-4775, de lunes a viernes: de 9:00 am a 5:00 pm.

Si tiene preguntas sobre las clínicas de vacunación en nuestra escuela, por favor contacte a la enfermera a [atozier@msad37.org](mailto:atozier@msad37.org)

Por favor asegúrese de completar y devolver el Formulario de Permiso y Examen de Salud de la Vacuna contra la Influenza **SOLO si desea que su hijo/a reciba la vacuna contra la gripe en la ESCUELA.**

## FORMULARIO DE SALUD Y ENCUESTA – Vacuna contra Gripe

(rev. 10/2/2012)

Por favor contesta las siguientes preguntas sobre la persona quien va recibir la vacuna. Esto nos informara quien puede recibir la vacuna en el medio ambiente de las escuelas.

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Calle:	Ciudad:	Teléfono:
Grado:	Maestro:	

Sí    NO

1) ¿Acaso esta persona tiene alergia contra huevos, pollo, gentamicina u arganine?		
2) ¿Acaso esta persona ha tenido una reacción seria y medica debido a vacunas en el pasado?		
3) ¿Acaso esta persona ha sufrido el Síndrome Guillain-Barre?		

**Si usted contesto que “sí” a cualquiera de las preguntas anteriores, esta persona no puede recibir una vacuna contra gripe en la clínica de la escuela. Por favor comuníquese con su proveedor de salud medica en vez.**

4) ¿Acaso esta persona tiene asma, diabetes, enfermedad de los pulmones, enfermedad del corazón, problemas de los riñones, desorden de la sangre, enfermedad del sistema de inmunización, u toma aspirina o terapias que oprimen el sistema de inmunización?		
5) ¿Esta persona recibió otras vacunas en las 4 semanas pasadas? Incluye la fecha y tipo de vacuna que recibió, por favor.		
6) ¿Acaso esta persona tiene un sistema de inmunización débil o ha estado cerca de alguien con un sistema de inmunización débil como alguien con cáncer, SIDA, o es que esta personal esta tomando medicinas como esteroides o los que se usan para curar cáncer?		
7) ¿Acaso este individuo esta embarazada u dando leche a su nene?		
8) ¿Esta persona tiene seguro medico de MaineCare (Medicaid)?		
9) ¿Acaso la persona es un Indígena de Estados Unidos o de Alaska?		
10) ¿Acaso el seguro medico de esta persona no paga por la vacuna contra gripe?		
11) ¿Acaso esta persona no tiene seguro medico?		

12a) Proveedor de cuidado medico:

12b) numero de teléfono de tal proveedor:

13) Compañía de seguro medico (si hay) y numero de identificación:

Sí    NO

14) Yo doy permiso para que el archivo de esta vacuna se use para mandar la cuenta a MaineCare o un seguro privado por el cobro de proveer esta vacuna y quedo en acuerdo permitir que se ponga esta información en el registro ImmPact2 que estará disponible a proveedores médicos.		
---	--	--

15) Me dieron una copia de la declaración de información sobre la Vacuna Contra Gripe 2010. Lo he leído o se me fue explicado. Yo comprendo los beneficios y riesgos y **pido que se ponga esta vacuna a esta persona**. Y comprendo que si yo firmo lo siguiente, yo estoy dando permiso por mi parte o mi hijo o el niño de quien soy guardia legal para que reciban la vacuna mas apropiada como decide el proveedor de salud dando la vacuna.

X \_\_\_\_\_

Firma de persona recibiendo la vacuna o del padre u guardia legal si se trata de menor de edad

Nombre de Padre u Guardia (por favor en letras de molde): \_\_\_\_\_

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

### PARA USO DE LA OFICIAN SOLAMENTE:

Fecha de Dosis Administrada	Vacuna	Vacuna hecho por	Numero de Lote	Dosis Volumen	Firma y Titulo de Proveedor de Vacuna de Escuela	Sitio en cuerpo	Ruta
/ /							<input type="checkbox"/> por sangre <input type="checkbox"/> por nariz

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

Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte [www.immunize.org/vis](http://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](http://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](http://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](http://www.cdc.gov/flu) de los CDC

