

## DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE 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)

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite [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 cada año en Estados Unidos, generalmente entre octubre y mayo. Aunque cualquiera puede contraer la gripe, es más peligrosa para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, personas de 65 años o más, embarazadas y las personas con ciertas enfermedades o sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe.

La neumonía, bronquitis, infecciones sinusales e 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 empeorarla.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolor muscular, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Aunque algunas personas podrían tener vómito y diarrea, esto es más frecuente en niños que en adultos.

En un año promedio, miles de personas mueren por influenza en Estados Unidos y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene cada año millones de casos de la enfermedad y visitas al médico relacionadas con la gripe.

## 2. Vacuna contra la influenza

Los CDC recomiendan que todas las personas de 6 meses o más se vacunen en cada temporada de gripe. En niños de 6 meses a 8 años, se podrían 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 después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se produce una nueva vacuna contra la gripe, para proteger contra los virus de la influenza que se cree que probablemente causen enfermedad en la temporada venidera de gripe. Incluso si la vacuna no coincide exactamente con estos virus, todavía brindaría cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

## 3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **Guillain-Barré Syndrome** (también llamado "GBS")

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza hasta una visita futura.

La vacuna contra la gripe se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo. Las personas que están o estarán embarazadas durante la temporada de influenza deben recibir la vacuna inactivada contra la influenza.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad

moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

## 4. Riesgos de una reacción a la vacuna

- Podría haber dolor, enrojecimiento e hinchazón en el sitio de la inyección, fiebre, dolor muscular y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Es posible un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el Guillain-Barré Syndrome (GBS) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben juntas la vacuna contra la gripe y la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP podrían tener probabilidades levemente mayores de convulsiones 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 procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. 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, otra lesión grave o la muerte.

## 5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (trinchas, 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 a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). 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 National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. 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.

## 7. ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en [www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines](http://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines).
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
  - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
  - Visite el sitio web de los CDC en [www.cdc.gov/vaccines](http://www.cdc.gov/vaccines).



Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition

Vaccine Information Statement

Inactivated Influenza Vaccine

42 U.S.C. § 300aa-26

OFFICE  
USE  
ONLY

8/6/2021



# Forma de consentimiento de la vacuna contra la gripe

Nombre de escuela:

POR FAVOR COMPLETA TODA LA INFORMACION A CONTINUACION – Imprima con tinta (No se aceptaran formularios incompletos)

|                                       |  |                              |  |  |  |
|---------------------------------------|--|------------------------------|--|--|--|
| PRIMER NOMBRE del Estudiante:         |  | Inicial Medio                |  | NOMBRE DEL Estudiante:   |  |
| Género:<br>Niño Niña                  |  | Nacimiento:<br>(mes,día,año) |  | Edad   |  |
| Dirección                             |  |                              |  | Profesor del salon / Grado   |  |
| Ciudad                                |  |                              |  | Teléfono #   |  |
| Código postal                         |  |                              |  | Nombre de la doncella de las madres  |  |
| Estado                                |  |                              |  | Carrera Estudiantil: (Círculo aplicable) African American / Negro Blanco Alaska/ Nativo-Americano Asiático Hawaiano / Isleño del Pacífico Otro |  |
| Origen étnico: No hispanos o hispanos |  |                              |  |  |  |

Las leyes vigentes en materia de atención médica nos obligan a facturar la vacuna a su compañía de seguros. El servicio se ofrece sin costo para usted. Las respuestas son siempre confidenciales. Por favor llene las siguientes preguntas relacionadas con el Seguro Médico de su hijo:

Dirección de correo electrónico

INFORMACION DE SEGURO REQUERIDA (DEBE COMPRABAR UNA CASILLA APROPIADA)

ORGANIZACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA

|         |             |        |                     |                    |                   |  |
|---------|-------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------|--|
| BUCKEYE | CARE SOURCE | MOLINA | PARAMOUNT ADVANTAGE | UHC COMMUNITY PLAN | STRAIGHT MEDICAID | OTHER: (PLEASE SPECIFY NAME)   |
|         |             |        |                     |                    |                   | ACTUALMENTE NO TIENEN SEGURO<br><small>*NOTA: ES FRAUDULENTO RECLAMAR SIN SEGURO SI TIENE SEGURO</small> |

IDENTIFICADOR DE MIEMBRO# O MMIS# (MEDICAID DEL ACIENTE#) CASO #

COMPAÑÍAS DE SEGUROS PRIVADOS

|       |      |       |             |        |                |          |     |   |
|-------|------|-------|-------------|--------|----------------|----------|-----|---|
| AETNA | BCBS | CIGNA | CORE SOURCE | HUMANA | MEDICAL MUTUAL | TRI-CARE | UHC | OTRO: (POR FAVOR ESPECIFIQUE EL NOMBRE) |
|       |      |       |             |        |                |          |     |   |

|  |  |  |                                    |  |  |   |  |  |
|--|--|--|------------------------------------|--|--|---|--|--|
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA   |  |  | APELLIDO DEL TITULAR DE LA TARJETA |  |  | FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA TARJETA (MES,DÍA,AÑO) |  |  |
|  |  |  |                                    |  |  |   |  |  |
| No DE IDENTIFICACIÓN / No DE ID DE MIEMBRO / No DE ID DE INSCRITO (INCLUYA EL PREFUJO ALFA, SI SE MUESTRA EN LA TARJETA) |  |  |                                    |  |  | PAYER ID# (IF NOTED ON CARD)                                |  |  |

PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA VACUNACIÓN Y LA SALUD

|   |   |    |    |
|---|---|----|----|
| 1 | ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción o reacciones potencialmente mortales a la vacuna contra la gripe en el pasado? | SÍ | NO |
| 2 | ¿Alguna vez su hijo ha tenido el síndrome de Guillain-Barre?  | SÍ | NO |
| 3 | ¿Su hijo es alérgico a los huevos?  | SÍ | NO |
| 4 | ¿Su hijo tiene un trastorno sanguíneo como la hemofilia?  | SÍ | NO |
| 5 | ¿Será esta la primera vez que su hijo recibe una vacuna contra la influenza?  | SÍ | NO |



SI TIENE ALGUNA PREGUNTA DE SALUD, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON EL PEDIATRA DE SU HIJO O LLÁMENOS AL 205-609-0268 Hablar a un representante.

He leído la información sobre la vacuna y las precauciones especiales en la Hoja de Información de Vacunas. Soy consciente de que puedo localizar la Declaración de Información sobre Vacunas más reciente 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 la vacuna y entender los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna se dé a la persona mencionada anteriormente de quien soy el padre o tutor legal y que tenga autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no se han hecho garantías sobre el éxito de la vacuna. Por la presente libero el sistema escolar, Health Heroes of Ohio, Inc. MaxVax LLC., y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente o acto de omisión que surja durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que voy a hacer que la escuela sea consciente de cualquier cambio de salud antes de la fecha de la clínica de vacunación. Reconozco que estoy dando permiso a Health Heroes of Ohio, Inc. para resolver y apelar con mis proveedores de seguros en mi nombre. Las fechas de la clínica se pueden obtener de la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se utilizará para fines de facturación de seguros y su privacidad estará protegida. Solicito y doy mi consentimiento voluntario para que la vacuna se dé, y se registre en el registro estatal de la persona mencionada anteriormente. Soy el padre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre..

Nombre impreso del padre/tutor

Firma del Padre/Tutor

Relación con el niño

Fecha

VIS CDC IIV 08/15/2019  
LOT Number: \_\_\_\_\_  
RN # \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY

FLUCELVAX  
EXP Date: \_\_\_\_\_

Health Heroes of Ohio  
326 Prairie St. North  
Union Springs, AL 36089  
[AL@healthherousa.com](mailto:AL@healthherousa.com)  
205-609-0268



[www.healthherousa.com](http://www.healthherousa.com)