

Fight the Flu in Arkansas fights

Luchando contra el Flu en Arkansas

Queridos Padres:

Es esencial que lea esta carta y siga todos los pasos para que sus hijos puedan ser protegidos contra el flu.

En cooperación con el Departamento de Salud de Arkansas, los distritos escolares en Arkansas estarán estableciendo clínicas para ofrecer vacunas contra el flu para los estudiantes.

Para que su hijo (a) reciba la vacuna del flu, usted debe:

1. Leer el informativo tocante a la vacuna.
2. Leer y llenar (por los dos lados) la forma de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas.
3. Escribir claramente toda la información requerida en la forma de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas.
4. Asegurarse de haber firmado la forma de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas para la vacuna de flu.
5. Firmar la forma de consentimiento del Distrito Escolar llamada FERPA (usted quizá haya firmado esta forma a principios del año escolar cuando su niño fue registrado para la escuela).
6. Regresar las dos formas de consentimiento a la escuela de su hijo(a) lo más pronto posible

Esta es una gran oportunidad para que los niños reciban esta vacuna sin costo alguno para usted. Si usted tiene seguro médico, el Departamento de Salud de Arkansas le cobrará a su compañía de seguros el costo de la vacuna recibida. En el caso de que usted no tenga seguro médico o tenga pero su seguro no pague por las vacunas, aun si, la vacuna no tendrá ningún costo para usted.

Aviso: Solamente los estudiantes que traigan las requeridas formas de consentimiento llenas (la del Departamento de Salud de Arkansas y la del Distrito Escolar con firma) podrán recibir la vacuna del flu.

Si tiene alguna pregunta o necesita información tocante las vacunas o las formas de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas, llame a su departamento de salud local.

Muchas gracias.

2012-2013

VACUNA DESACTIVADA CONTRA LA INFLUENZA

2012-13

LO QUE USTED NECESITA SABER

Hojas de Información sobre las Vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1 ¿Por qué vacunarse?

La influenza (conocida como gripe o “flu”) es una enfermedad contagiosa.

Es causada por el virus de la influenza, que se puede transmitir al toser, estornudar o mediante las secreciones nasales.

A cualquiera le puede dar influenza, pero los índices de infección son mayores entre los niños. La mayoría de las personas solo experimentan síntomas por unos pocos días e incluyen:

- fiebre/escalofríos
- dolor de garganta
- tos
- dolores musculares
- cansancio
- dolor de cabeza
- nariz moquienta o congestionada

Otras enfermedades pueden tener los mismos síntomas y a menudo se confunden con la influenza.

Los niños pequeños, las personas mayores de 65 años de edad, las mujeres embarazadas y las personas con ciertas condiciones de salud, como enfermedades del corazón, pulmón o riñón o un sistema inmunológico debilitado, se pueden enfermar mucho más. La influenza puede causar fiebre alta y neumonía y puede empeorar condiciones de salud preexistentes. Puede causar diarrea y convulsiones en los niños. Miles de personas mueren cada año por la influenza y muchas más requieren hospitalización.

Si se vacuna, puede protegerse usted mismo y evitar contagiar a otros.

2 Vacuna desactivada contra la influenza

Hay dos tipos de vacuna contra la influenza:

1. La vacuna **desactivada** (virus muerto), o “vacuna contra la influenza” que se inyecta en el músculo.
2. La vacuna **viva atenuada** (debilitada), que se aplica como rocío en las fosas nasales. *Esta vacuna se describe en una Hoja de Información sobre las Vacunas, por separado.*

Hay una “dosis más alta” de vacuna desactivada disponible para personas mayores de 65 años. Para más información, consulte a su doctor. Cada año los científicos tratan de que los virus de la vacuna coincidan con los que tienen más probabilidades de causar la influenza ese año. La vacuna contra la influenza no prevendrá otras enfermedades causadas por otros virus, incluyendo los virus de influenza que no están incluidos en la vacuna.

Después de la vacunación, toma hasta 2 semanas para desarrollar protección. La protección dura hasta un año.

Algunas vacunas desactivadas contra la influenza contienen un conservante llamado timerosal. La vacuna libre de timerosal también está disponible. Consulte a su doctor para más información.

3 ¿Quiénes deben recibir la vacuna desactivada contra la influenza y cuándo?

QUIÉNES

Todas las personas **mayores de 6 meses de edad** deben recibir la vacuna contra la influenza.

La vacunación es especialmente importante para las personas con mayor riesgo de experimentar un caso grave de influenza y las que están en contacto directo con ellas, incluyendo al personal médico, y las personas en contacto cercano con bebés menores de 6 meses de edad.

CUÁNDO

Reciba la vacuna tan pronto como esté disponible. Esto le dará la protección necesaria en caso de que la temporada de influenza llegue temprano. Puede vacunarse durante todo el tiempo en el que la enfermedad siga ocurriendo en su comunidad.

La influenza puede ocurrir a cualquier momento, pero la mayoría de influenza ocurre desde octubre hasta mayo. En las últimas temporadas, la mayoría de las infecciones han ocurrido en enero y febrero. Vacunándose en diciembre, o aún después, será beneficioso en casi todos los años.

Los adultos y los niños mayores requieren una dosis de la vacuna contra la influenza cada año. Sin embargo, algunos niños menores de 9 años de edad necesitan dos dosis para estar protegidos. Consulte a su doctor.

Se puede dar la vacuna contra la influenza a la misma vez que otras vacunas, incluyendo la vacuna antineumocócica.

4 Algunas personas no deben recibir la vacuna desactivada contra la influenza o deben esperar

- Diga a su doctor si tiene cualquier alergia grave (que amenaza la vida), incluyendo alergia grave a los huevos. Una grave alergia a cualquier componente de la vacuna puede ser razón para no vacunarse. Las reacciones alérgicas a la vacuna contra la influenza son poco comunes.
- Diga a su doctor si alguna vez ha tenido una reacción grave después de haber recibido una dosis de la vacuna contra la influenza.
- Diga a su doctor si alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barre (una enfermedad paralítica grave, también conocida como GBS). Su doctor le puede ayudar a decidir si es recomendable vacunarse.

- Las personas moderadamente o muy enfermas por lo general deben esperar hasta recuperarse antes de vacunarse contra la influenza. Si está enfermo, hable con su doctor sobre si debe cambiar la cita para vacunarse. Las personas con una enfermedad leve por lo general se pueden vacunar.

5

¿Cuáles son los riesgos de la vacuna desactivada contra la influenza?

Las vacunas, como cualquier medicamento, pueden causar problemas serios, como reacciones alérgicas graves. El riesgo de que la vacuna cause un daño serio, o la muerte, es sumamente pequeño.

Problemas serios de la vacuna desactivada contra la influenza ocurren muy rara vez. Los virus en la vacuna desactivada están muertos o sea que no se puede enfermar de influenza mediante la vacuna.

Problemas leves:

- molestia, hinchazón o enrojecimiento o en el lugar donde lo vacunaron
- ronquera; dolor, enrojecimiento y picazón en los ojos; tos
- fiebre
- dolores
- dolor de cabeza
- picazón
- cansancio

Si estos problemas ocurren, en general comienzan poco tiempo después de vacunarse y duran 1 ó 2 días.

Problemas moderados:

Los niños pequeños que reciben la vacuna contra la influenza desactivada y la vacuna antineumocócica (PCV13) durante la misma cita parecen correr mayor riesgo de tener convulsiones por causa de fiebre. Consulte a su doctor para más información.

Diga a su doctor si el niño que está recibiendo la vacuna contra la influenza ha tenido una convulsión.

Problemas graves:

- Las reacciones alérgicas que amenazan la vida ocurren muy rara vez después de la vacunación. Si ocurren, por lo general es a los pocos minutos o a las pocas horas de haberse vacunado.
- En 1976, un tipo de la vacuna desactivada contra la influenza (gripe porcina) estuvo asociado al síndrome de Guillain-Barré (GBS). Desde entonces, las vacunas contra la influenza no se han asociado claramente al GBS.

Sin embargo, si hay un riesgo de GBS por las vacunas contra la influenza que se usan actualmente, no debe ser de más de 1 ó 2 casos por millón de personas vacunadas. Eso es mucho menor que el riesgo de tener una influenza fuerte, que se puede prevenir con vacunación.

Una marca de la vacuna desactivada contra la influenza, llamada Afluria, **no se debe dar** a niños menores de 8 años de edad, con la excepción de circunstancias especiales. En Australia una vacuna relacionada estuvo asociada a fiebre y convulsiones febriles en niños pequeños. Su doctor le puede proporcionar más información.

Siempre se seguirá prestando atención a la seguridad de las vacunas. Para más información visite:

www.cdc.gov/vaccinesafety/Vaccine_Monitoring/Index.html
y
www.cdc.gov/vaccinesafety/Activities?Activities_Index.html

6

¿Qué pasa si hay una reacción grave?

¿A qué debo prestar atención?

A cualquier condición fuera de lo común, como fiebre alta o cambios en el comportamiento. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, ronquera o sibilancias, ronchas, palidez, debilidad, latidos rápidos del corazón o mareos.

¿Qué debo hacer?

- **Llame** a un doctor o lleve a la persona inmediatamente a un doctor.
- **Diga** a su doctor lo que ocurrió, la fecha y la hora en que ocurrió, y cuando recibió la vacuna.
- **Pida** a su doctor que informe la reacción presentando un formulario del Sistema de Información sobre Eventos Adversos a una Vacuna (VAERS). O puede presentar este informe mediante el sitio Web de VAERS, en: www.vaers.hhs.gov, o llamando al: 1-800-822-7967.

VAERS no proporciona consejos médicos.

7

Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por las Vacunas

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por las Vacunas (VICP) fue creado en 1986.

Las personas que piensan haber sido lesionadas por alguna vacuna pueden aprender acerca del programa y cómo presentar una reclamación llamando al: 1-800-338-2382, o visitando el sitio Web de VICP en www.hrsa.gov/vaccinecompensation.

8

¿Cómo puedo obtener más información?

- Consulte a su doctor. Le pueden dar el folleto de información que viene con la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.
- Llame al 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)
 - Visite el sitio Web de los CDC en www.cdc.gov/flu



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION



Vaccine Information Statement (Interim)
Inactivated Influenza Vaccine - Spanish (7/2/12) 42 U.S.C. §300aa-26

Translation provided by the California Department of
Public Health

VACUNA INTRANASAL VIVA CONTRA LA INFLUENZA 2012-13

LO QUE USTED NECESITA SABER

Hojas de Información sobre las Vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1 ¿Por qué vacunarse?

La influenza (conocida como gripe o “flu”) es una enfermedad contagiosa.

Es causada por el virus de la influenza, que se puede transmitir al toser, estornudar o mediante las secreciones nasales.

A cualquiera le puede dar influenza, pero los índices de infección son mayores entre los niños. La mayoría de las personas solo experimentan síntomas por unos pocos días e incluyen:

- fiebre/escalofríos
- dolor de garganta
- dolores musculares
- cansancio
- tos
- dolor de cabeza
- nariz moqueante o congestionada

Otras enfermedades pueden tener los mismos síntomas y a menudo se confunden con la influenza.

Los niños pequeños, las personas mayores de 65 años de edad, las mujeres embarazadas y las personas con ciertas condiciones de salud, como enfermedades del corazón, pulmón o riñón o un sistema inmunológico debilitado, se pueden enfermar mucho más. La influenza puede causar fiebre alta y neumonía y puede empeorar condiciones de salud preexistentes. Puede causar diarrea y convulsiones en los niños. Miles de personas mueren cada año por la influenza y muchas más requieren hospitalización.

Si se vacuna, puede protegerse usted mismo y evitar contagiar a otros.

2 Vacuna viva atenuada contra la influenza – LAIV (rocío nasal)

Hay dos tipos de vacuna contra la influenza:

1. La vacuna **viva atenuada** contra la influenza (LAIV) contiene el virus de influenza vivo pero atenuado (debilitado). Se aplica como rocío en las fosas nasales.

2. La vacuna **desactivada** (virus muerto) contra la influenza, conocida como la “vacuna contra la influenza”, se inyecta en el músculo. *Esta vacuna se describe en una Hoja de Información sobre las Vacunas, por separado.*

Los virus de la influenza cambian constantemente. Por eso, se recomienda una vacunación anual. Cada año los científicos tratan de que los virus de la vacuna coincidan con los que tienen más probabilidades de causar la influenza ese año. La vacuna contra la influenza no prevendrá otras enfermedades causadas por otros virus, incluyendo los virus de influenza que no están incluidos en la vacuna.

Después de la vacunación, toma hasta 2 semanas para desarrollar protección. La protección dura hasta un año.

La LAIV no contiene timerosal u otros conservantes.

3 ¿Quiénes deben recibir la LAIV?

La LAIV está recomendada para las **personas sanas de 2 a 49 años de edad**, que no estén embarazadas y que no tengan ciertos problemas de salud (vea el No. 4 abajo).

4 Algunas personas no deben recibir la LAIV

La LAIV no está recomendada para todos. Las siguientes personas deben recibir la vacuna desactivada (que se inyecta) en vez de LAIV.

- **Los adultos mayores de 50 años de edad o los niños de 6 a 23 meses de edad.** (A niños menores de 6 meses de edad no se les debe aplicar ninguna de las vacunas contra la influenza).
- Los niños menores de 5 años de edad con asma o con uno o más episodios de sibilancias durante el año pasado.
- Las mujeres embarazadas.
- Las personas que tienen problemas de salud a largo plazo con:
 - enfermedad del corazón
 - enfermedad de los riñones o del hígado
 - enfermedad de los pulmones
 - enfermedad metabólica, como la diabetes
 - asma
 - anemia y otras enfermedades de la sangre
- Cualquier persona que tenga ciertas enfermedades de los músculos o de los nervios (como las enfermedades que causan convulsiones o parálisis cerebral) que puedan causar problemas para respirar o para tragar.
- Cualquier persona que tenga el sistema inmunológico debilitado.
- Cualquier persona que esté en contacto cercano con personas que tienen el sistema inmunológico debilitado requiriendo cuidado en un ambiente protegido (como la unidad de trasplante de médula ósea). *Las personas con contacto cercano a otras personas con el sistema inmunológico debilitado (como aquellas con VIH) pueden recibir LAIV. Personal trabajando en la unidad de cuidado intensivo neonatal o clínicas de oncología pueden recibir LAIV.*
- Los niños o adolescentes en tratamiento de aspirina a largo plazo.

Diga a su doctor si tiene cualquier alergia grave (que amenaza la vida), incluyendo alergia grave a los huevos. Una grave alergia a cualquier componente de la vacuna puede ser razón para no vacunarse. Las reacciones alérgicas a la vacuna contra la influenza son poco comunes.

Diga a su doctor si alguna vez ha tenido una reacción grave después de haber recibido una dosis de la vacuna contra la influenza.

Diga a su doctor si alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barre (una enfermedad paralítica grave, también conocida como GBS). Su doctor le puede ayudar a decidir si es recomendable vacunarse.

Diga a su doctor si ha recibido alguna otra vacuna en las 4 últimas semanas.

Cualquier persona con un problema nasal lo suficientemente grave como para causar dificultad para respirar, como una nariz congestionada, deben recibir la vacuna contra la influenza que se inyecta en vez de LAIV.

Las personas moderadamente o muy enfermas por lo general deben esperar hasta recuperarse antes de vacunarse contra la influenza. Si está enfermo, hable con su doctor sobre si debe cambiar la cita para vacunarse. Las personas con una enfermedad leve por lo general se pueden vacunar.

5 ¿Cuándo debo recibir la vacuna contra la influenza?

Reciba la vacuna tan pronto como esté disponible. Esto le dará la protección necesaria en caso de que la temporada de influenza llegue temprano. Puede vacunarse durante todo el tiempo en el que la enfermedad siga ocurriendo en su comunidad.

La influenza puede ocurrir a cualquier momento, pero la mayoría de influenza ocurre desde octubre hasta mayo.

En las últimas temporadas, la mayoría de las infecciones han ocurrido en enero y febrero. Vacunándose en diciembre, o aún después, será beneficioso en casi todos los años.

Los adultos y los niños mayores requieren una dosis de la vacuna contra la influenza cada año. Sin embargo, algunos niños menores de 9 años de edad necesitan dos dosis para estar protegidos. Consulte a su doctor.

Se puede dar la vacuna contra la influenza a la misma vez que otras vacunas.

6 Cuáles son los riesgos de la LAIV?

Las vacunas, como cualquier medicamento, pueden causar problemas serios, como reacciones alérgicas graves. El riesgo de que la vacuna cause un daño serio, o la muerte, es sumamente pequeño.

Los virus de la vacuna viva contra la influenza muy rara vez se pasan de una persona a otra. Incluso si lo hacen, es poco probable que causen enfermedad.

LAIV está hecha de virus debilitados y no causa influenza. La vacuna puede causar síntomas leves en las personas que la reciben (vea a continuación).

Problemas leves:

Algunos niños y adolescentes de 2 a 17 años de edad dijeron haber tenido:

- nariz moquienta o congestionada o tos
- dolor de cabeza y dolores musculares
- dolor abdominal, vómitos ocasionales o diarrea
- fiebre
- sibilancias

Algunos adultos de 18 a 49 años de edad dijeron haber tenido:

- nariz moquienta o congestionada
- tos, escalofríos, cansancio/debilidad
- dolor de garganta
- dolor de cabeza

Problemas graves:

- Las reacciones alérgicas a causa de las vacunas que amenazan la vida ocurren muy rara vez. Si ocurren, por lo general es a los pocos minutos o a las pocas horas de haberse vacunado.

- Si ocurren reacciones poco comunes con cualquier producto nuevo, es posible que no se identifiquen hasta que lo hayan usado miles o millones de personas. Desde que fue autorizada se han distribuido millones de dosis de la LAIV y la vacuna no ha sido asociada a ningún problema serio.

Siempre se seguirá prestando atención a la seguridad de las vacunas. Para más información visite:

www.cdc.gov/vaccinesafety/Vaccine_Monitoring/Index.html
y
www.cdc.gov/vaccinesafety/Activities?Activities_Index.html

7 ¿Qué pasa si hay una reacción grave?

¿A qué debo prestar atención?

A cualquier condición fuera de lo común, como fiebre alta o cambios en el comportamiento. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, ronquera o sibilancias, ronchas, palidez, debilidad, latidos rápidos del corazón o mareos.

¿Qué debo hacer?

- Llame a un doctor o lleve a la persona inmediatamente a un doctor.
- Diga a su doctor lo que ocurrió, la fecha y la hora en que ocurrió, y cuando recibió la vacuna.
- Pida a su doctor que informe la reacción presentando un formulario del Sistema de Información sobre Eventos Adversos a una Vacuna (VAERS). O puede presentar este informe mediante el sitio Web de VAERS, en: www.vaers.hhs.gov, o llamando al: 1-800-822-7967.

VAERS no proporciona consejos médicos.

8 Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por las Vacunas

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por las Vacunas (VICP) fue creado en 1986.

Las personas que piensan haber sido lesionadas por alguna vacuna pueden aprender acerca del programa y cómo presentar una reclamación llamando al: 1-800-338-2382, o visitando el sitio Web de VICP en: www.hrsa.gov/vaccinecompensation.

9 ¿Cómo puedo obtener más información?

Consulte a su doctor. Le pueden dar el folleto de información que viene con la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.

- Llame al 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)
- Visite el sitio Web de los CDC en: www.cdc.gov/flu



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION



Vaccine Information Statement (Interim)

Live, Attenuated Influenza VIS - Spanish (7/2/12) 42 U.S.C. §300aa-26

Translation provided by the California Department of
Public Health, Immunization Branch

DEPARTAMENTO DE SALUD DE ARKANSAS AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA CON CUIDADO.

El Departamento de Salud de Arkansas (ADH) se compromete a proteger su información de salud. El ADH está obligado por ley a proteger la privacidad de su información de salud y que podría ser identificada como suya, lo que llamamos "información de salud protegida", o "PHI" para abreviar. Tenemos que darle aviso de nuestras obligaciones legales y procedimientos de privacidad en relación con la PHI y estamos obligados a respetar las condiciones del aviso actualmente en vigencia. Este aviso es para informarle sobre nuestros procedimientos de privacidad y las obligaciones legales relacionadas con la protección de la privacidad de su historial médico/de salud que nosotros originamos o recibimos.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

El personal del ADH sólo utilizará su PHI para desempeñar su trabajo. Los propósitos de la utilización y de la divulgación de su PHI, son para el tratamiento, el pago de los servicios y para las operaciones de la Agencia.

Tratamiento: Los prestadores de servicios tales como enfermeras, médicos, terapeutas, nutricionistas y trabajadores sociales, pueden utilizar su PHI para determinar su plan de cuidado. Las personas y los programas dentro del ADH pueden compartir su PHI con el fin de coordinar los servicios que usted pueda necesitar, tales como exámenes clínicos, terapia, servicios de nutrición, medicamentos, hospitalización, o cuidados de seguimiento.

Para el Pago: El ADH podría revelar su PHI a Medicaid, Medicare, y/o su plan/seguro de salud para obtener el pago de nuestros servicios. Por ejemplo, es posible que tengamos que entregar su PHI sobre un examen clínico o vacunas que usted o su niño recibieron, para que su plan de salud o Medicaid o Medicare, nos pague por el tratamiento o servicios.

Para las operaciones: El ADH puede utilizar y entregar su PHI para garantizar que sus servicios y prestaciones sean los adecuados. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar nuestros programas de tratamiento y servicios (control de calidad). Podemos combinar las PHI de varias personas, para investigar tendencias de salud, determinar qué servicios y programas deben ofrecerse, o si los nuevos tratamientos o servicios son útiles. Podemos compartir su PHI con nuestros socios comerciales que desempeñan funciones en nombre del ADH. Por ejemplo, nuestros socios comerciales pueden utilizar su PHI para tramitar casos, coordinar la atención, u otras actividades, y deben respetar el mismo nivel de confidencialidad y de seguridad del ADH mientras tramitan su PHI.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD

La entrega de su PHI fuera de los límites del tratamiento, pago u operaciones relacionados con el ADH o de cualquier otra manera permitida por leyes estatales o federales, se harán solamente con su específica autorización por escrito. Esta autorización es necesaria para divulgar los siguientes tipos de información: abuso de drogas y alcohol, planificación familiar, VIH / SIDA, enfermedades mentales, enfermedades de transmisión sexual, y Programa para mujeres, infantes y niños (WIC). Usted puede revocar autorizaciones específicas para entregar su PHI, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca una autorización, no continuaremos entregando su PHI al receptor autorizado/s, excepto en la medida en que el ADH ya haya utilizado o divulgado la información en conformidad con la autorización original. Además, usted tiene los siguientes derechos:

Derecho a inspeccionar y copiar: Usted puede solicitar inspeccionar o recibir una copia de cualquier parte de su expediente médico. Podemos cobrarle por el costo de las copias, franqueo, u otros suministros asociados con su solicitud.

Derecho a solicitar una rectificación: Si usted cree que su PHI creada por el ADH es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corrijamos dicha información. El ADH puede negar su petición si usted pide que modifiquemos información que: 1) no fue creada por el ADH, 2) no es parte de la PHI archivada por el ADH, 3) no es parte de la información que se le permite inspeccionar o copiar, o 4) se determina que la información es exacta y completa.

Derecho a solicitar un recuento de entregas de su información de salud: Usted puede solicitar un recuento de las entregas de su información de salud. La enumeración no incluye las divulgaciones para fines de tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud; información exigida por ley con fines de seguridad nacional; revelaciones a las cárceles o establecimientos penitenciarios, divulgaciones autorizadas, y cualquier revelación hecha antes del 14 de abril del 2003.

Derecho a solicitar restricciones: Usted puede solicitar al ADH que limite el uso o divulgación de su PHI, excepto para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. El ADH no está obligado por ley a aceptar su solicitud.

Derecho a solicitar comunicación confidencial: Usted puede solicitar, por escrito, que el ADH se comunique con usted de una manera diferente o en una ubicación distinta, por ejemplo, usando otra dirección de correo o llamándolo a un número de teléfono diferente.

Derecho a una copia en papel de este aviso de privacidad: Usted puede solicitar en cualquier momento una copia impresa de este Aviso de Privacidad del ADH.

Todas las solicitudes para inspeccionar, copiar, modificar, hacer restricciones, u obtener un recuento de su PHI y toda pregunta con respecto a este Aviso de Privacidad, deben dirigirse a la Unidad de Salud Local (Local Health Unit Administrator).

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja al ADH, poniéndose en contacto con el Consultor del Programa HIPAA del ADH (501) 661-2000 o por correo, escribiendo a: 4815 West Markham, Slot 31, Little Rock, AR 72205. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Si usted lo solicita, le proporcionaremos la dirección adonde presentar su queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. No se tomará ninguna medida en su contra por ejercer sus derechos para presentar una queja.

**ARKANSAS DEPARTMENT OF HEALTH
2012-2013 INFLUENZA SEASON – IMMUNIZATION CONSENT FORM**

For ADH use only ADH Clinic Code: _____ School INC PIN _____ School Grade _____ DOS: _____

Hay dos formas de vacuna de la gripe, inyectable e intranasal. Ambas formas de vacuna son igualmente efectivas. Vea la información de cada vacuna para obtener información mas específica.

NOMBRE de la Persona que Recibe la Vacuna: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

1. Historial Medico: Conteste las siguientes preguntas de la persona que recibe la vacuna.

	SI	NO	
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica seria a los huevos? En caso afirmativo, como precaución, se recomienda que no reciba la vacuna de la gripe hasta que haya consultado a su medico.			Si hay una respuesta si, usted no puede recibir la vacuna de la gripe
¿Ha tenido alguna vez una reacción seria a dosis previas de vacuna contra la gripe?			
¿Ha tenido alguna vez el Síndrome Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa temporal) dentro de las 6 semanas siguientes después de haber recibido la vacuna antigripal?			
¿Es usted menor de 2 años o mayor de 49?			Si hay una respuesta si, usted puede recibir solo la vacuna contra la gripe inyectable, pero no la vacuna intranasal.
¿Esta embarazada?			
¿Tiene usted alguno de los siguientes problemas: asma, diabetes (o algún otro tipo de problema metabólico), o enfermedad de los pulmones, corazón, riñones, hígado, nervios, o sangre?			
¿Esta usted en tratamiento a largo plazo con aspirina o algo que contiene aspirina (por ejemplo, toma usted aspirina todos los días)?			
¿Ha usted recibido alguna de estas vacunas en los últimos 28 dias? Sarampión, paperas, rubeola (MMR) Si <input type="checkbox"/> o No <input type="checkbox"/> Varicela Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vacuna de la gripe en forma intranasal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Tiene usted un sistema inmunológico severamente debilitado (por ejemplo por HIV, cáncer, o medicamentos como esteroides o para tratar cáncer)?			
¿Tiene usted contacto con una persona que necesita cuidados en un ambiente protegido (por ejemplo alguien que ha tenido recientemente un trasplante de medula ósea)?			
Para los padres que NO asisten a la clínica de vacunación con su hijo (a): Si usted contesto No a todas las preguntas anteriores, su hijo puede recibir ya sea la vacuna inyectable o la vacuna nasal contra la gripe. Por favor marque el tipo de vacuna que usted prefiere a continuación. Si su vacuna preferida no se encuentra disponible o marcada, la enfermera le dará la que este disponible a menos que usted le indique algo diferente. <input type="checkbox"/> Vacuna Inyectable <input type="checkbox"/> Vacuna Nasal <input type="checkbox"/> No Preferencia <input type="checkbox"/> No darla si la preferida no se encuentra disponible			
Maestro del Niño:			

Por favor lea la sección 2. Liberación y Asignación al reverse de esta forma. La Noticia de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas se encuentra disponible en el website www.healthy.arkansas.gov, en la clínica, o adjunto a esta forma.

Firme en la primera línea en el cuadro a la derecha.

Por favor firme aquí

Mi firma abajo indica que he leído, entendido, y estoy de acuerdo con la **sección 2. Hoja de consentimiento de inmunización – Liberación y Asignación** para la temporada gripal de 2012-2013. Este consentimiento es valido desde ahora hasta Junio 30, 2013.

Firma del Paciente/Padre/Guardián:

_____ fecha _____

Firma y Titulo del Administrador de la Vacuna:

_____ fecha _____

2. Liberación y Asignación:

He leído o me han explicado las declaraciones informativas del año 2012-2013 acerca de la Vacuna de la Gripe Inactiva y la vacuna Viva Atenuada Intranasal con fecha 7/02/12, y entiendo los riesgos y los beneficios.

Doy mi consentimiento al Departamento de Salud Estatal/Local y a su personal para que el individuo cuyo nombre se encuentran abajo sea vacunado con la vacuna antigripal.

Yo, por este conducto, declaro que he revisado la copia de la Noticia de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas.

Entiendo que la información acerca de esta vacunación antigripal será incluida en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Arkansas.

Para mi Portador de Seguro (s):

- Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo(s) al seguro.
- Autorizo y solicito el pago de los beneficios médicos directamente al Departamento de Salud de Arkansas.
- Estoy de acuerdo que la autorización cubrirá todos los servicios médicos rendidos hasta que dicha autorizaciones sea revocada por me.
- Estoy de acuerdo en que una fotocopia de esta forma sea usada en vez de la original.

3. Información del PACIENTE: Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: Masculino Femenino Numero Telefónico _____

Dirección: _____ Apto. No. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Raza: Blanco Hispano/Latino Negro/Africano-Americano Indio Americano/Nativo de Alaska

Asiático Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacifico Otro

Estatus del Paciente (Marque todos que apliquen): Empleado Estudiante Time Completo Estudiante parcial Otro

4. ESTATUS DEL SEGURO (Marque el cuadro apropiado):

Ningún Seguro Underinsured (El seguro no paga toda la cantidad de las vacunas)

Número de Medicaid/ARKids: _____

Número de Medicare _____ (Liste los Planes Suplementarios Abajo)

Nombre de la Compañía de Seguro (primaria): _____

Numero de Identificación /Póliza #: _____ Numero del Grupo: _____

Apellido del Subscrito: _____ Nombre del Subscrito: _____

Fecha de Nacimiento del Subscrito: _____ Relación del Paciente al Subscrito: Si Mismo Esposo Hijo Otro

Nombre del Empleador (Empresa) del Subscrito: _____

Nombre de la Compañía de Seguros (secundaria): _____

Numero de Identificación ID/ Póliza #: _____ Numero de Grupo: _____

Apellido del Subscrito: _____ Nombre del Subscrito: _____

Fecha de Nacimiento del Subscrito: _____ Relación del Paciente al Subscrito: Si Mismo Esposo Hijo Otro

5. Flu Vaccine Administration (Completed by ADH staff only)

SHOT CODE:

- 48: Preservative Free (P-F) 6- 35 months
- 59: Preservative Free (P-F) ≥ 3 years
- 39: Intranasal vaccine. Preservative Free (P-F) 2 through 49 years

Site Codes: Right Arm = RA,
Right Leg = RL, Left Arm =
LA, Left Leg = LL

2012 Flu Vaccine	Route	Site Code	Dosage mL.	Dose Number (1 st or 2 nd)	MFG Code	Lot Number	Is a 2 nd dose needed?	
	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal						YES	NO

Date Vaccine Administered: ____ / ____ / ____

**Little Rock School District
810 West Markham
Little Rock, AR 72201
(501) 447-1000**

Flu Vaccine Consent

In compliance with the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) (20 U.S.C. 1232g; 34 CFR Part 99)

I, _____, give permission for my child, _____
Parent/Guardian Name Student's Name

to receive the Flu Vaccine at this School Located Vaccine Clinic.

Signature of Parent/ Guardian _____

Date _____

**Distrito Escolar de Little Rock
810 West Markham
Little Rock, AR 72201
(501) 447-1000**

Autorización para recibir la vacuna contra la gripe

En conformidad con la Ley de Derechos de la Familia sobre la Educación y Privacidad (FERPA, por sus siglas en inglés) [Código de los Estados Unidos 20, 1232g; Código de Regulaciones Federales 34, Parte 99].

Yo, _____, autorizo a mi hijo, _____
Nombre del padre/madre/tutor Nombre del estudiante

a vacunarse contra la gripe en la Clínica de Vacunación ubicada en esta escuela.

Firma del padre/madre/tutor _____

Fecha _____