

## DECLARACION DE INFORMACION DE VACUNA

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

Many Vaccine Information Statements are available in English, Spanish and other languages. See [www.imzimmz.org](http://www.imzimmz.org) for the Spanish version. Las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite [www.imzimmz.org/es](http://www.imzimmz.org/es)

## 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.

Cualquier 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 le 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 vacine. 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 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-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 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 acuéstate 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 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/](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 en 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 1-800-832-7967.

*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.hhs.gov/vaccinecompensation](http://www.hhs.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 el 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

School Name: \_\_\_\_\_

COMPLETE TODA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN - Imprima con tinta (No se aceptarán formularios incompletos)

NOMBRE del estudiante:		APELLIDO del estudiante:	
Sexo: Masculino Femenino	Fecha nacimiento: (mes/día/año)	Edad Maestro del salón/Grado	
Dirección Relación con el paciente		N.º de teléfono celular # ( ) -	
Ciudad	Código Postal	Estado	
Etnia del estudiante: (Marque una opción) Afroamericano/Negro Blanco Alaskeño/Nativo americano Asiático Hispano No hispano Hawaiano/Isleño del Pacífico Otro:			

Las leyes actuales de cuidado de la salud nos exigen facturarle a su compañía de seguros por la vacuna. El servicio se le brinda a usted sin costo.  
Las respuestas siempre son confidenciales.  
Complete las siguientes preguntas sobre el seguro médico de su hijo/a:

**Padre o Guardián**

Nombre de pila	Apellido	Relación con el padre
----------------	----------	-----------------------

**INFORMACIÓN REQUERIDA (DEBE MARCAR UNA CASILLA APROPIADA)**

**SEGURO DE ENFERMEDAD Y CUIDADO ADMINISTRADO**

AMERIGROUP	CARE SOURCE	PEACH STATE	WELL CARE	STRAIGHT MEDICAID	OTRO: (POR FAVOR ESPECIFIQUE EL NOMBRE)
------------	-------------	-------------	-----------	-------------------	---

**LD. DE MIEMBRO:**

MMIS# (SEGURO DE ENFERMEDAD) NOTA: SOLO PARA PACIENTES DE BUCKEYE	MI HIJO/A NO TIENE SEGURO MÉDICO *NOTA: ES FRAUDULENTO NO RECLAMAR UN SEGURO SI LO TIENE
---	--

**PRIVATE INSURANCE COMPANIES**

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

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:	APELLIDO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (MES/DÍA/AÑO)
		M M / D D / Y Y Y Y

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	PAYER ID# (IF NOTED ON CARD)
--------------------------	------------------------------

**INDIQUE SÍ O NO A CADA PREGUNTA**

1	¿Su hijo ha tenido alguna vez una Reacciones a la vacuna contra la gripe que hayan puesto en riesgo su vida en el pasado?	Sí	No
2	¿Su hijo ha tenido síndrome de Guillain-Barre?	Sí	No
3	¿Su hijo tiene Alergia a los huevos de gallina o productos de huevos?	Sí	No
4	¿Su hijo tiene un trastorno de la sangre como la hemofilia?	Sí	No
5	¿Será la primera vez que su hijo/a reciba una vacuna contra la gripe?	Sí	No



**SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE SALUD, COMUNÍQUESE CON EL PEDIATRA DE SU HIJO/A O LLÁMENOS AL 706-623-7507 PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE.**

He leído la información sobre la vacuna y los cuidados especiales en la Hoja de Información de la Vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración de Información de la Vacuna más actual e información adicional en el sitio [www.immunize.org](http://www.immunize.org) o en [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov). He tenido la oportunidad de hacer consultas sobre la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y doy voluntariamente mi consentimiento para que la vacuna se administre a la persona mencionada arriba, de quien soy padre, madre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no recibí ninguna garantía con respecto al éxito de la vacuna. Por el presente, eximo al sistema escolar, a Health Heroes of Georgia Corp. y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar de cualquier accidente u acto de omisión que surgiera durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud anterior a la fecha de la vacunación. Las fechas para la vacunación se pueden obtener mediante la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se usará a fines de facturación del seguro y que se protegerá la privacidad.

Nombre de padre, madre o tutor en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Firma de padre, madre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

VIS CDC IIV 08/07/2015  
Número de LOTE: \_\_\_\_\_  
RN N # \_\_\_\_\_  
FLUCELVAX  
Fecha de VENC: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
ÁREA PARA USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN OFICIAL

**Health Heroes of Georgia**  
8317 Office Park Dr., Ste. 2B  
Douglasville, GA 30134  
[GA@healthherousa.com](mailto:GA@healthherousa.com)  
706-623-7507