

Autorización Escolar para la Vacuna Inyectable para la Influenza H1N1 del 2009

Sección 1: Información acerca del niño que recibirá la vacuna (USE LETRA IMPRENTA CLARA)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)		(Primer nombre)	(Inicial del segundo)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE mes _____ día _____ año _____	
NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE LEGAL (Apellido)		(Primer nombre)	(Inicial del segundo)	EDAD DEL ESTUDIANTE	GÉNERO DEL ESTUDIANTE H / M
DIRECCIÓN DEL ESTUDIANTE				RAZA DEL ESTUDIANTE (marque todas las que apliquen) Indígena americano / nativo de Alaska Asiático Negro / afroamericano Nativo hawaiano / isleño del Pacífico Blanco Desconocida Otra (especifique):	
CIUDAD	CONDADO				
ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NOMBRE DE LA ESCUELA	GRADO		
NÚMERO TELEFÓNICO DIURNO DEL PADRE O ACUDIENTE:				ETNIA DEL ESTUDIANTE Hispano o latino: Sí No	

Sección 2: Prueba para verificar que puede recibir la vacuna

Si su hijo ya fue vacunado con la **vacuna para la influenza H1N1 de 2009** (NO CON LA VACUNA PARA LA INFLUENZA ESTACIONAL), **indíquenos el número de dosis y las fechas de vacunación.**

Dosis 1 Fecha en que la recibió: mes _____ día _____ año _____ Vía (encierre en un círculo): aerosol nasal inyección

Dosis 2 Fecha en que la recibió: mes _____ día _____ año _____ Vía (encierre en un círculo): aerosol nasal inyección

Las siguientes preguntas nos permitirán saber si su hijo puede recibir la vacuna para la influenza H1N1 de 2009. Marque **SÍ** o **No** para cada pregunta.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo es alérgico a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Su hijo tiene cualquier otra alergia? Indique cuáles:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción a una dosis anterior de vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Su hijo alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Barré (una forma de debilidad muscular grave temporal) en las 6 semanas siguientes a haber recibido una vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió "NO" a todas las preguntas anteriores, probablemente su hijo puede recibir la vacuna para la influenza H1N1 de 2009. Si respondió "SÍ" a una o más de las preguntas, debe ponerse en contacto con el proveedor de atención médica de su hijo o con el departamento de salud local para discutir sus opciones de vacunación.

Si tiene cualquier pregunta acerca de la vacuna para la influenza H1N1 de 2009, llame al proveedor de atención médica de su médico o a su departamento de salud local. También hay información disponible en el Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland en www.dhmmh.state.md.us/swineflu/ o en www.flu.gov.

Toda la información que suministró se mantendrá confidencial. Si desea una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad, se encuentra disponible en www.hhs.gov/ocr/hipaa.

Sección 3: Autorización

<p>AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN DEL NIÑO:</p> <p>Al firmar este formulario, autorizo que mi hijo sea vacunado y acepto que:</p> <ul style="list-style-type: none"> La información anterior es correcta. He leído la "Declaración de Información de la Vacuna para la Influenza H1N1 de 2009" o alguien me la leyó. Entiendo los riesgos y beneficios de recibir la vacuna para la H1N1. Me han respondido cualquier pregunta que tuviese acerca de la vacuna. Me han ofrecido una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad. <p>Firma del padre o acudiente legal _____ Fecha: mes _____ día _____ año _____</p>

Sección 4: Registro de vacunación

ÚNICAMENTE PARA USO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO

Vacuna	Fecha en que se administra la dosis	Número de la dosis (1 o 2)	Fabricante de la vacuna	Número de lote	Nombre y título de la persona que administra la vacuna Ubicación de la clínica de vacunación	Número de proveedor
H1N1 2009 Inyectable (IM)	/ /		<input type="checkbox"/> CSL <input type="checkbox"/> GSK <input type="checkbox"/> MedImmune <input type="checkbox"/> Novartis <input type="checkbox"/> Sanofi			

VACUNA CONTRA LA INFLUENZA de 2009 H1N1

DESACTIVADA

(“inyección contra la influenza”)

LO QUE USTED NECESITA SABER

Muchas Hojas de Información sobre Vacunas están disponibles en español y en otros idiomas. Vea www.immunize.org/vis.

1 ¿Qué es la influenza H1N1 de 2009?

La influenza H1N1 de 2009 (a veces llamada “gripe porcina”) es causada por un nuevo tipo del virus de la influenza. Se ha diseminado a muchos países.

Al igual que otros virus de la influenza, el H1N1 de 2009 se pasa de una persona a otra al toser y estornudar y a veces cuando se tocan objetos contaminados por el virus.

Los signos del H1N1 de 2009 pueden ser:

- Cansancio
- Fiebre
- Dolor de garganta
- Dolores musculares
- Escalofríos
- Tos
- Estornudos

Algunas personas también tienen diarrea y vómitos.

La mayoría de las personas se sienten mejor después de una semana. Pero algunas personas contraen neumonía u otras enfermedades serias. Algunas personas tienen que ser hospitalizadas y algunas mueren.

2 ¿De qué manera es la influenza H1N1 de 2009 diferente de la gripe regular (influenza estacional)?

Los virus de la influenza estacional cambian de un año a otro, pero están estrechamente asociados entre sí.

Las personas que tuvieron infecciones de influenza en el pasado por lo general tienen alguna inmunidad contra los virus de la influenza estacional (sus cuerpos han creado cierta capacidad de combatir los virus).

El virus de la influenza H1N1 de 2009 es un nuevo tipo de virus. Es muy diferente de los virus de la influenza estacional.

La mayoría de las personas tienen poca o ninguna inmunidad contra la influenza H1N1 de 2009 (sus cuerpos no están preparados para combatir el virus).

3 La vacuna contra la influenza H1N1 de 2009

Hay vacunas disponibles para protegerse contra la influenza H1N1 de 2009.

- Estas vacunas se preparan igual que las vacunas contra la influenza estacional.
- Se espera que sean tan seguras y efectivas como las vacunas contra la influenza estacional.
- No previenen las enfermedades “parecidas a la influenza” causadas por otros virus.

- No previenen la influenza estacional. *Debe vacunarse contra la influenza estacional también si desea protegerse de ella.*

La vacuna **desactivada** (vacuna con virus muertos) se inyecta en el músculo, como la vacuna anual contra la influenza. **Esta hoja describe la vacuna desactivada.**

También está disponible una vacuna **intranasal viva** (la vacuna de rocío nasal). Esa se describe en una hoja separada.

Algunas de las vacunas desactivadas contra la influenza H1N1 de 2009 contienen un conservante llamado timerosal para mantenerlas libres de gérmenes. Algunas personas han sugerido que el timerosal podría estar asociado al autismo. En 2004 un grupo de expertos del Instituto de Medicina revisó muchos estudios que investigaban esta teoría y no encontró ninguna asociación entre el timerosal y el autismo. Otros estudios realizados desde entonces llegaron a la misma conclusión.

4 ¿Quiénes deben recibir la vacuna contra la influenza H1N1 de 2009 y cuándo?

QUIÉNES

Se recomienda que los siguientes grupos sean los primeros en recibir la H1N1 de 2009:

- Las mujeres embarazadas
- Las personas que viven con o cuidan a bebés menores de 6 meses de edad
- El personal médico de cuidados de salud y de emergencia
- Todas las personas de 6 meses a 24 años de edad
- Todas las personas de 25 a 64 años de edad con ciertos problemas médicos crónicos o con el sistema inmunológico debilitado

A medida que haya más vacuna disponible, los siguientes grupos también se deben vacunar:

- Las personas sanas de 25 a 64 años de edad
- Los adultos de 65 años de edad y mayores

El gobierno federal proporciona esta vacuna para que las personas la reciban voluntariamente. Sin embargo, es posible que la ley estatal o los empleadores requieran la vacunación de ciertas personas.

CUÁNDO

Vacúnese tan pronto como la vacuna esté disponible.

Los niños de hasta 9 años de edad deben recibir **dos dosis** de la vacuna, con la segunda dosis aproximadamente un mes después de la primera. Los niños mayores y los adultos necesitan una sola dosis.

5 Algunas personas no deben recibir la vacuna o deben esperar

No debe recibir la vacuna contra la influenza H1N1 de 2009 si tiene **alergia grave (que amenaza la vida)** a los **huevos** o a **cualquier otra sustancia en la vacuna**. *Diga a la persona que le da la vacuna si usted tiene alergias graves.*

Diga también si alguna vez tuvo:

- una reacción alérgica que le amenazó la vida después de recibir una dosis de la vacuna contra la influenza estacional,
- el síndrome de Guillain-Barré (una enfermedad paralítica grave también llamada GBS).

Estos pueden no ser motivos para evitar la vacuna, pero el personal médico le puede ayudar a decidir.

Si está moderadamente o muy enfermo tal vez le recomienden que espere hasta recuperarse antes de vacunarse. Si tiene un resfriado leve u otra enfermedad, por lo general no necesita esperar.

Las mujeres embarazadas o que están dando pecho se pueden aplicar la vacuna desactivada contra la influenza H1N1 de 2009.

La vacuna desactivada H1N1 de 2009 se puede dar al mismo tiempo que otras vacunas, incluyendo la vacuna contra la influenza estacional.

6 ¿Cuáles son los riesgos de la vacuna contra la influenza H1N1 de 2009?

Las vacunas, como cualquier medicamento, pueden causar problemas serios, como reacciones alérgicas graves. Pero el riesgo de que una vacuna cause daños serios, o la muerte, es sumamente pequeño.

Los virus en la vacuna desactivada H1N1 de 2009 están muertos, de manera que la vacuna no le puede dar influenza.

Los riesgos de la vacuna desactivada H1N1 de 2009 son similares a los de la vacuna desactivada contra la influenza estacional:

Problemas leves:

- dolor, enrojecimiento, sensibilidad o hinchazón en el lugar donde lo vacunaron
- desmayos (principalmente en adolescentes)
- dolor de cabeza, dolores musculares • fiebre • náuseas

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

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 anterior de vacuna contra la gripe porcina estuvo asociado a casos del síndrome de Guillain-Barré (GBS). Desde entonces las vacunas contra la influenza no se han asociado claramente al GBS.

7 ¿Qué pasa si hay una reacción grave?

¿A qué debo prestar atención?

Cualquier cosa 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 médico o lleve a la persona inmediatamente a un médico.
- **Diga** a su médico lo que ocurrió, la fecha y la hora en que ocurrió y cuándo recibió la vacuna.
- **Pida** a su profesional de la salud 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 puede llamar al: **1-800-822-7967**.

VAERS no proporciona consejos médicos.

8 Compensación por lesiones causadas por vacunas

Si usted o su hijo tienen una reacción a la vacuna, su habilidad de demandar está limitada por ley.

Sin embargo, se ha creado un programa federal para ayudar a pagar los cuidados médicos y otros gastos específicos de ciertas personas que tengan una reacción seria a esta vacuna. Para obtener más información sobre este programa, llame al **1-888-275-4772** ó visite el sitio Web del programa en: www.hrsa.gov/countermeasurescomp/default.htm

9 ¿Cómo puedo obtener más información?

- Consulte con su profesional de la salud. Le puede 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)** o
 - Visite el sitio Web de los CDC en: www.cdc.gov/h1n1flu o www.cdc.gov/flu
 - Visite el sitio Web en: www.flu.gov



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



DEPARTAMENTO DE SALUD Y DE HIGIENE MENTAL DE MARYLAND
Y SU INFORMACION DE SALUD

NOTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTA ES PARA INFORMARLE A USTED COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y PUEDE SER REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEALA CON CUIDADO.

Salvaguardando su Información de Salud Protegida

El Departamento de Salud y de Higiene Mental de Maryland (DHMH) esta comprometido a proteger su información de salud. Para que podamos proporcionarle tratamiento o para pagar por su cuidado médico, DHMH le pedirá información acerca de su salud. Esa información se pondrá en su registro médico. El registro médico contiene generalmente sus síntomas, los resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico y tratamiento. Esa información llamada su registro médico es legalmente regulada como información de salud y puede ser usada con varios propósitos. DHMH debe seguir las prácticas de privacidad en esta Nota, aunque DHMH reserva el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los terminos de esta Nota en cualquier momento. Usted puede pedir una copia de nuestra última Nota de Prácticas de Privacidad de DHMH. Esta Nota también esta disponible en nuestro sitio de internet en <http://www.dhmh.state.md.us/>

Cómo DHMH Puede Usar y Revelar su Información de Salud Protegida

Los empleados de DHMH sólomente usaran su información de salud como parte de su trabajo. DHMH debe obtener su autorización por escrito para usar su registro médico en cualquier otra manera, a menos que la ley lo requiera o lo permita. Algunos ejemplos de usos y revelaciones de su información de salud son:

Los Usos y las Revelaciones con relación a Tratamiento, Pago, u operaciones de Cuidado Médico

Para el tratamiento: DHMH puede usar o compartir su información de salud para aprobar o negar tratamiento, y para determinar si su tratamiento médico es apropiado. Por ejemplo, los proveedores de asistencia médica de DHMH podrian necesitar hacer una revisión de su tratamiento con su doctor regular a resultado de una necesidad médica o para coordinar bien su cuidado.

Para obtener pago: DHMH puede usar o compartir su información de salud para facturar u obtener pago por servicios de cuidado médico y para determinar si usted tiene derecho a esos servicios. Por ejemplo, su proveedor de cuidado médico puede mandar la cuenta para obtener pago por los servicios médicos que usted ha recibido.

Para operaciones de cuidado médico: DHMH puede usar y compartir su información de salud para verificar la calidad de nuestros servicios, o para nuestros interventores de cuentas del estado o federales.

Otros Usos y Revelaciones de Información de Salud Requeridos o Permitidos por la ley

Requerido por la ley: DHMH puede revelar información de salud cuando sea requerido por la ley.

Con Propósito de información: a menos que usted nos diga que no, DHMH puede mandar recordatorios de citas y otros materiales de programas a su hogar.

Actividades publicas de Salud: DHMH puede revelar su información de salud cuando DHMH es requerido a obtener o a reportar información sobre enfermedades, heridas o para reportar estadísticas esenciales a otras divisiones del Departamento de Salud o a otras agencias publicas de salud.

Actividades de supervision de salud: DHMH puede revelar su información de salud a otras divisiones en el Departamento o a otras agencias que proporcionan supervisión requerida por la ley. Ejemplos de estas actividades de supervision son las revisiones, las inspecciones, las investigaciones, y licenciaturas.

Córoner, revisadores médicos, directores de funerales y donaciones de órganos: DHMH puede revelar su información de salud acerca de muerte a córoneres, revisadores médicos, o directores de funeral. Podemos compartir también información con ciertas organizaciones acerca de transplante de órganos, ojos, o donativos de tejido.

Propósitos de Investigacion. En ciertas circunstancias y bajo la supervisión de nuestra Mesa Institucional de Revisión u otro grupo designado de la privacidad. DHMH puede revelar información de salud para ayudar con alguna investigación médica.

Prevenir amenazas a la salud o la seguridad: Para poder evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, DHMH puede revelar información de salud según sea necesario a la ley o a otras personas que puedan prevenir o disminuir razonablemente la amenaza de daño.

Abuso y Descuido: DHMH revelará su información de salud a las autoridades apropiadas si creemos que usted quizás sea una víctima de abuso, de descuido, de violencia doméstica, o de algún otro crimen. DHMH puede revelar su información de salud según sea necesario para prevenir alguna amenaza grave de salud o de la seguridad de usted o de otros.

Funciones específicas del gobierno: En algunas situaciones DHMH puede revelar la información de salud del personal militar y de veteranos, y a facilidades correccionales. Podemos revelar también información para la matriculación a programas de beneficio del gobierno, y por razones de seguridad nacional, como para proteger al Presidente.

La familia, los amigos o otros implicados en su cuidado: DHMH puede compartir su información de salud con gente si ellos están implicados en su cuidado o en el pago de su cuidado. DHMH puede compartir también su información de salud con gente para notificarlos acerca de su ubicación, de su condición general, o de su muerte.

Compensación del trabajador: DHMH puede revelar información de salud a los programas de la compensación del trabajador que proporcionan beneficios por heridas o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin importar culpas.

Directorios de pacientes: El plan de salud bajo el que usted está inscrito no mantiene un directorio para los visitantes o personas que llaman preguntando por usted. Usted no será identificado a una persona que llameo visitantes desconocidos sin su autorización.

Casos legales, las disputas y las demandas: Si usted está implicado en un caso legal, en una disputa, o en una demanda, DHMH puede revelar su información de salud en respuesta a un tribunal o la orden administrativa, la citación, el pedido del descubrimiento, la investigación de una demanda puesta para usted, o en otro proceso legal.

La aplicación de la ley: DHMH puede revelar su información de salud a un oficial de la ley si la ley lo requiere, o en respuesta a una citación.

Usted Tiene el Derecho a:

Pedir las restricciones. Usted tiene el derecho de pedir que DHMH restrinja la información de salud que nosotros usamos o revelamos acerca de usted. DHMH honorará su pedido si es posible, pero no es requerido legalmente que estemos de acuerdo a su pedido de restricción. Si DHMH concuerda a una restricción, nosotros lo seguiremos excepto en situaciones de emergencia.

Pedir comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de pedir que DHMH le mande información a una dirección diferente o en una manera diferente. Nosotros debemos concordar en hacer así, si es razonablemente fácil.

Inspeccionar y copias. Usted tiene el derecho de ver su información de salud cuando usted lo pide en forma escrita. Si usted quiere copias de su información de salud, nosotros le podemos cobrar un honorario por copiar, dependiendo de sus circunstancias. Usted tiene el derecho de escoger qué partes de su información usted quiere que sea copiado y de saber el costo de las copias antes que nosotros los hagamos.

Pedir una enmienda. Usted puede pedir a DHMH en forma escrita, que correcciones o que le añadan a su registro de la salud. DHMH puede negar el pedido si se decide que la información de la salud: (1) es correcta y esta completa; (2) no fue creada por nosotros y/o no es parte de nuestros registros; (3) no puede ser revelada. Si DHMH concuerda con los cambios que usted solicitó, cambiaremos su registro y le informaremos a usted y le diremos también a los otros que necesitan saber acerca del cambio en su información de salud.

Contabilidad de revelaciones. Usted tiene el derecho de pedir una lista de las revelaciones de su información de salud hechas después del 14 de abril del 2003. Las excepciones son información de salud que se ha utilizado en el tratamiento, pagos y operaciones. DHMH no le tiene que listar las revelaciones que le hicimos a usted o que fueron pedidas en forma escrita por usted, o proporcionadas para la seguridad nacional, a oficiales de la ley o a facilidades de la correccional. No habrá cobro por una de estas listas anualmente.

Nota: Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de esta Nota y/o una copia por correo electrónico.

Para Más Información

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos alternativos que cumplen con guías de las actas de los Americanos con Incapacidades. Si tiene preguntas y le gustaría más información usted puede avisar:

(Mete el nombre y número del Negocio Designado) _____

Para Informar de algún Problema con nuestras Prácticas de la privacidad

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede poner una queja.

- Usted puede poner una queja con el Departamento de Salud y de Higiene Mental de Maryland, la División de la Conformidad Corporativa llamando al 1-866-770-7175.
- Usted puede poner una queja con el Secretario de los EE.UU. El Departamento de Salud y de Servicios Humanos, la Oficina de Derechos Civiles. Usted puede llamar el Departamento Salud y de Higiene Mental de Maryland para obtener la información del contacto.

DHMH no tomará acción vengativa contra usted si usted pone una queja.