

Querido Padre / Tutor:

Los Servicios de Enfermería de CCSD estarán trabajando en conjunto con las escuelas de Título I para proveer vacunas contra la gripe GRATUITAS en la escuela de su hijo/a este otoño. La vacuna estará disponible de 2 formas:

- **Inyección Contra la Gripe**
- **O**
- **Aerosol Nasal Contra la Gripe.**

Los CDC y DHEC recomiendan una vacuna contra la gripe cada año para todas las personas de 6 meses de edad y mayores. Es la mejor manera de proteger a su hijo/a contra la gripe. Tenga en cuenta que los expertos predicen una temporada de gripe peor de lo normal. Le instamos a que considere inscribir a su hijo/a para que reciba la vacuna contra la gripe GRATIS en la escuela.

Aquí hay algunas cosas a tener en cuenta:

- Los niños en entornos cerrados, como las escuelas, corren un mayor riesgo de enfermarse de gripe y pueden transmitirla a otros alumnos y maestros, así como a las personas de su hogar y comunidad.
- Si su hijo/a tiene asma, diabetes u otras condiciones de salud crónicas, es más probable que se enferme gravemente si contrae la gripe. Es especialmente importante que los niños con cualquiera de estas condiciones se vacunen contra la gripe todos los años.
- Su hijo/a puede recibir la vacuna contra la gripe o el aerosol nasal contra la gripe en la escuela con una enfermera de CCSD y no necesita faltar al trabajo para llevarlo al consultorio del médico.
- La gripe es la razón principal por la que los alumnos (y los padres) faltan a la escuela durante la temporada de influenza.

Complete y devuelva el formulario de consentimiento lo antes posible.

La escuela de su hijo/a también proporcionará información sobre la fecha y la hora de la clínica contra la gripe.

¡No olvides vacunarte a ti y a tu familia contra la gripe! La vacuna contra la gripe está disponible en su departamento de salud local de DHEC y su proveedor de atención médica. Los mayores de 12 años pueden recibir la vacuna contra la gripe en una farmacia que ofrezca la vacuna contra la gripe. Te animamos a que elijas el que mejor te funcione.

Hay más información disponible sobre la gripe y las clínicas de vacunación contra la gripe en el sitio web de DHEC en www.scdhec.gov/flu.

¡Gracias por hacer todo lo posible para mantenerse sano y bien!
Servicios de enfermería del CCSD

VACUNA CONTRA LA GRIPE

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PADRES

INFORMACIÓN DEL ALUMNO (USE TINTA NEGRA SOLAMENTE)

PRIMER NOMBRE DEL ALUMNO		MI	APELLIDO DEL ALUMNO		EDAD	GRADO
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY)	GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	ESCUELA			MAESTRA DE SALÓN DE ORIGEN	
DIRECCIÓN			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
PRIMER NOMBRE DE PADRE/TUTOR			APELLIDO DE PADRE/TUTOR		TELÉFONO CELULAR PADRE/TUTOR () -	

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA (FAVOR DE LLENAR POR COMPLETO)

MEDICAID <input type="checkbox"/> Sí (Ingrese Número de Medicaid) <input type="checkbox"/> No (Continúe completando formulario)	NÚMERO DE SC MEDICAID
SEGURO <input type="checkbox"/> Sí (Ingrese información de seguro) <input type="checkbox"/> No (Saltar a preguntas de detección)	VACUNA CUBIERTA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Marque la vacuna que desea que su hijo reciba: FluMist (Aerosol Nasal) Flu (Inyección)

PREGUNTAS DE DETECCIÓN DE VACUNAS

FAVOR DE CONTESTAR LAS PREGUNTAS DE ABAJO:

1. ¿Alguna vez ha tenido su hijo/a una reacción seria a huevos o reacción seria a una vacuna contra la gripe anterior que le causara lo siguiente: jadeo, trabajo respirar, habón y comezón por todo el cuerpo, hinchazón en la boca o garganta, presión de sangre muy baja o choque?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Alguna vez ha tenido su hijo/a el Síndrome de Guillan-Barre (un tipo raro de debilidad muscular severa temporera y parálisis)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contestó SÍ, ya sea a pregunta 1 o 2, su hijo/a no puede recibir la vacuna contra la influenza de la temporada 2022-2023 en la escuela. Favor de ver a su proveedor de cuidado de salud primario.	
3. ¿Ha recibido su hijo/a Varicela (chicken pox), Sarampión, Paperas y/o Rubéola en los últimos 30 días? De ser sí, enumere	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Padece su hijo/a de uno de los siguientes: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedad de los pulmones, corazón, riñones, hígado, nervios, o sangre (incluyendo anemia); o tiene un implante coclear o pérdida de líquido cefalorraquídeo, o no bazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Acaso su hijo/a toma aspirina o algún medicamento que contiene aspirina todos los días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Tiene su hijo/a alguna condición que le pueda debilitar el sistema inmunológico (ej., cáncer, leucemia, linfoma, VIH/SIDA, trasplante)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Se encuentra su hija embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Está su hijo/a teniendo terapia de alta dosis de esteroide (prednisone >20mg/día o equivalente) por más de dos semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Tiene su hijo/a contacto con una persona que necesite cuidado en un ambiente protegido (trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Recibió su hijo/a recientemente alguno de los antivirales listados abajo: <ul style="list-style-type: none"> • Oseltamivir o Zanamivir en las últimas 48 horas • Peramivir en los últimos 5 días • Baloxavir en los últimos 17 días 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contestó SÍ a las preguntas 3-10, su hijo/a no puede recibir la vacuna de aerosol nasal contra la gripe. Él / ella recibirá la inyección.	
Si contestó NO a las preguntas 3-10, favor de escoger la vacuna de preferencia para su hijo/a:	
<input type="checkbox"/> FluMist (Vacuna Viva Atenuada Contra la Influenza en Aerosol Nasal LAIV) <input type="checkbox"/> Flu Shot (Vacuna Tetravalente Inactivada Contra la Gripe IIV4)	
Si su hijo/a es menor de 9 años de edad:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido su hijo/a dos dosis de la vacuna contra la gripe antes del 1 de julio de 2022?	<input type="checkbox"/> Quizás
Si contesta no o no está seguro, él / ella podrá necesitar 2 dosis de la vacuna contra la gripe este año.	

AUTORIZACIÓN, CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN

Voluntariamente solicito y doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar del Condado de Charleston (CCSD) proporcione las vacunas seleccionadas anteriormente para mi hijo nombrado en este formulario. También doy mi consentimiento para que mi hijo reciba estas vacunas en la escuela, para que las administre el personal de enfermería de CCSD. Me han proporcionado las Declaraciones de Información de Vacunas. Estas también se encuentran en www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios de las vacunas. Entiendo que las vacunas se administrarán en forma de inyección. He leído y respondido las preguntas anteriores con cuidado y precisión, y entiendo que la información incorrecta podría causar riesgos graves para mi hijo. En caso de exposición ocupacional, doy mi consentimiento para que se analice la sangre de mi hijo si es necesario para la seguridad del hijo/a y del empleado. Entiendo que la información de vacunación de mi hijo se informará al Registro de Vacunación de Carolina del Sur con fines de salud pública. Por la presente LIBERO Y EXONERO DE RESPONSABILIDAD al CCSD, sus empleados, fideicomisarios y/o agentes ("Exonerados") de toda responsabilidad, reclamo, demanda y causa de acción de cualquier tipo o naturaleza, ya sea en derecho o equidad, que pueda surgir como resultado de recibir las vacunas solicitadas, incluidas las reclamaciones por lesiones corporales y/o mentales, enfermedades o muerte, ya sea causada por la negligencia de los Exonerados o de otra manera.

Además, doy mi consentimiento para que CCSD divulgue e intercambie información sobre el servicio proporcionado junto con el nombre de mi hijo, fecha de nacimiento, número de Medicaid o seguro médico, sexo, así como mi información de contacto a la Agencia de Medicaid (Departamento de Salud y Servicios Humanos); y para que CCSD facture y reciba el pago por los servicios descritos en este documento de la Agencia de Medicaid. Entiendo que el reembolso de Medicaid por los servicios de enfermería que no son IEP proporcionados por CCSD no afectará ningún otro servicio de Medicaid para el cual mi hijo sea elegible. CCSD operará bajo las pautas de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) para garantizar la confidencialidad con respecto al tratamiento de mi hijo y la provisión de servicios de enfermería que no sean IEP.

He leído el Consentimiento, Autorización y Liberación anterior y entiendo sus disposiciones y aplicabilidad y se me ha dado la opción y recomendación de consultar con mi propio médico personal. Entiendo que participar en el programa de vacunación es totalmente voluntario y que mi hijo no está obligado a participar. Tengo la autoridad legal, en base a mi relación con la persona indicada anteriormente, para dar mi consentimiento para la administración de esta vacuna.

FIRMA DEL PADRES O TUTOR LEGAL _____ FECHA _____

VACCINE ADMINISTRATION DOCUMENTATION (CLINIC USE ONLY)

VACCINE HISTORY

Documentation	Nurse's Initials	Comments
No Contraindications or Precautions		
No Allergies		
Previous Doses (if applicable)		
Not pregnant (if female)		

VACCINE ELIGIBILITY

Eligibility Code	Eligibility Category	Eligibility Check	Comments
1	Pediatric VFC> Medicaid		
2	Pediatric VFC>AA/AN		
3	Pediatric VFC> No Health Insurance		
4	Pediatric State > Underinsured/Hardship		
5			

Dose 1 DOCUMENTATION

Vaccine Name	Dosage	Dose #	Site	Route	Manufacturer	Lot #	VIS	Elig
Influenza (IIV4)	0.5 ml			IM	GSK		08/06/2021	
Influenza (LAIV4)	0.5 ml			Nasal	MI		08/06/2021	

Dose 2 DOCUMENTATION

Vaccine Name	Dosage	Dose #	Site	Route	Manufacturer	Lot #	VIS	Elig
Influenza (IIV4)	0.5 ml			IM	GSK		08/06/2021	
Influenza (LAIV4)	0.5 ml			Nasal	MI		08/06/2021	

SIGNATURE/TITLE PERSON ADMINISTERING VACCINE	DATE
CLINIC SITE	IIS ENTRY COMPLETE <input type="checkbox"/>