

Fight the Flu in Arkansas



Estimado Padre de Familia,

Cada año en colaboración con el Departamento de Salud de Arkansas (ADH), los distritos escolares ofrecen clínicas de vacunación contra la influenza en las escuelas para vacunar a sus estudiantes.

Si decide vacunar a su hijo durante la clínica de vacunación contra influenza, favor de seguir las instrucciones descritas a continuación.

1. Lea la Declaración Informativa de Vacunas (VIS, por sus siglas en inglés) para la vacuna.
2. Lea y llene el frente y reverso del Formulario de Consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas (ADH por sus siglas en inglés).
3. Escriba con claridad toda la información requerida.
4. Asegúrese de haber firmado el formulario de consentimiento del ADH para la vacuna.
5. Firme el formulario de consentimiento del distrito escolar (FERPA por sus siglas en inglés) (es posible que haya firmado ya este formulario al inicio del año escolar cuando su hijo fue registrado a la escuela).
6. Entregue los dos formularios de consentimiento a la escuela de su hijo tan pronto como sea posible.

Esta es una gran oportunidad para que su hijo reciba la vacuna contra la influenza sin costo para usted. Si tiene seguro médico, ADH le cobrará a su compañía de seguro el costo de la vacuna proporcionada. Si usted no tiene seguro médico o su seguro no paga por vacunas, aun así, no habrá cargo alguno para usted.

RECUERDE, sólo los estudiantes con formularios llenos y firmados (formulario de consentimiento del ADH Y de consentimiento del distrito escolar FERPA) recibirán la vacuna contra influenza.

Si tiene alguna pregunta sobre la vacuna, o sobre el formulario de consentimiento del ADH, favor de contactar su unidad local de salud.

Gracias.

DEPARTAMENTO DE SALUD DE ARKANSAS AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR, LEA CON CUIDADO.

El Departamento de Salud de Arkansas (ADH) se compromete a proteger su informac[i]n de salud. El ADH est[a] obligado por ley a proteger la privacidad de su informac[i]n de salud y que podr[ia] ser identificada como suya, lo que llamamos "informac[i]n de salud protegida", o "PHI" para abreviar. Tenemos que darle aviso de nuestras obligaciones legales y procedimientos de privacidad en relaci[n] 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 protecci[n] de la privacidad de su historial m[edico]/de salud que nosotros originamos o recibimos.

COMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACION MEDICA

El personal del ADH solo utilizar[a] su PHI para desempe[ñ]ar su trabajo. Los prop[os]itos de la utilizaci[n] y de la divulgaci[n] de su PHI, son para el tratamiento, el pago de los servicios y para las operaciones de la Agenda.

Tratamiento: Los prestadores de servicios tales como enfermeras, m[edicos], 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 ex[am]enes cl[ini]cos, terapia, servicios de nutrici[n], medicamentos, hospitalizaci[n], o cuidados de seguimiento.

Para el Pago: El ADH podr[ia] 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 ex[am]en cl[ini]co o vacunas que usted o su ni[n]o 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 qu[é] servicios y programas deben ofrecerse, o si los nuevos tratamientos o servicios son [u]tiles. Podemos compartir su PHI con nuestros socios comerciales que desempe[ñ]an funciones en nombre del ADH. Por ejemplo, nuestros socios comerciales pueden utilizar su PHI para tramitar casos, coordinar la atenci[n], u otras actividades, y deben respetar el mismo nivel de confidencialidad y de seguridad del ADH mientras tramitan su PHI.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACION DE SALUD

La entrega de su PHI fuera de los l[im]ites del tratamiento, pago u operaciones relacionados con el ADH o de cualquier otra manera permitida por leyes estatales o federales, se har[an] solamente con su espec[ifi]ca autorizaci[n] por escrito. Esta autorizaci[n] es necesaria para divulgar los siguientes tipos de informac[i]n: abuso de drogas y alcohol, planificaci[n] familiar, VIH / SIDA, enfermedades mentales, enfermedades de transmisi[n] sexual, y Programa para mujeres, infantes y ni[n]os (WIC). Usted puede revocar autorizaciones espec[ifi]cas para entregar su PHI, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca una autorizaci[n], no continuaremos entregando su PHI al receptor autorizado/s, excepto en la medida en que el ADH ya haya utilizado o divulgado la informac[i]n en conformidad con la autorizaci[n] original. Adem[as], usted tiene los siguientes derechos:

Derecho a inspeccionar y copiar: Usted puede solicitar inspeccionar o recibir una copia de cualquier parte de su expediente m[edico]. Podemos cobrarle por el costo de las copias, franqueo, u otros sm[n]istros asociados con su solicitud.

Derecho a solicitar una rectificaci[n]: Si usted cree que su PHI creada por el ADH es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corrijamos dicha informac[i]n. El ADH puede negar su petici[n] si usted pide que modifiquemos informac[i]n 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 informac[i]n que se le p[er]mite inspeccionar o copiar, o 4) se determina que la informac[i]n es exacta y completa.

Derecho a solicitar un recuento de entregas de su informac[i]n de salud: Usted puede solicitar un recuento de las entregas de su informac[i]n de salud. La enumeraci[n] no incluye las divulgaciones para fines de tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud; informac[i]n exigida por ley con fines de seguridad nacional; revelaciones a las carceles o establecim[en]tos penitenciarios, divulgaciones autorizadas, y cualquier revelaci[n] hecha antes del 14 de abril del 2003.

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

Derecho a solicitar comunicaci[n] confidencial: Usted puede solicitar, por escrito, que el ADH se comunique con usted de una manera diferente o en una ubicaci[n] distinta, por ejemplo, usando otra direcci[n] de correo o llam[an]dolo a un n[um]ero de tel[ef]ono diferente.

Derecho a una copia en papel de este "iso 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, poniendose 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. Tambien 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 direcci[n] adonde presentar su queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. No se tomara ninguna medida en su contra por ejercer sus derechos para presentar una queja.



Sarah Huckabee Sanders
GOVERNOR

Renee Mallory, RN, BSN
SECRETARY OF HEALTH

Jennifer Dillaha, MD
DIRECTOR

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Una Declaración de Información de la Vacuna (Vaccine Information Statement, VIS) es un documento, elaborado por los Centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), que informa a los receptores de la vacuna, o a sus padres o representantes legales, de los beneficios y riesgos de la vacuna que van a recibir.

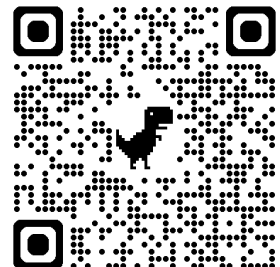
- Para ver la VIS para la vacuna inactivada contra la influenza (inyección), vaya a www.cdc.gov o escanea el código a continuación.
- Este enlace puede verse y descargarse desde su computadora de escritorio, laptop, tableta, teléfono inteligente u otro dispositivo electrónico conectado a Internet.
- Para una copia de la VIS dla inyección, puede ir a su unidad de salud local del Departamento de Salud de Arkansas y recibir una copia. Puede llamar al 1-800-462-0599 para saber cuál es la unidad de salud que le queda más cerca.
- También habrá copias de la VIS de la gripe en la escuela el día de la clínica de gripe.

Para obtener más información, póngase en contacto con la los sucursal de Inmunización del Departamento de Salud de Arkansas al teléfono 1-800-574-4040. Gracias.

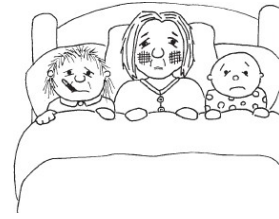
ADH 05/30/2025

Arkansas Department of Health
4815 West Markham St. • Little Rock, AR 72205

HEALTHY.ARKANSAS.GOV



¡No arriesgue con la salud de su familia -asegúrese de que todos sean vacunados contra la influenza cada año!



Así es como la influenza puede afectar a su familia...

La influenza puede enfermarle a usted, a sus niños, y a sus padres.

La influenza generalmente aparece repentinamente. Los síntomas pueden incluir fiebres altas, escalofríos, dolor de cabeza, agotamiento, dolor de garganta, tos, y dolores en todo el cuerpo. Algunas personas dicen "se sintió como si un camión me hubiera golpeado" Los síntomas pueden variar de leves a graves. Cuando la influenza ataca a su familia, el resultado puede ser faltar al trabajo y la escuela, y posiblemente, visitas al doctor y al hospital.

La influenza se propaga fácilmente de persona a persona.

Una persona infectada puede propagar la influenza cuando tose, destornuda, o simplemente habla cerca de otras personas. Algunas personas pueden contraer el virus de la influenza al tocar una superficie con el virus y luego tocarse la boca, la nariz o los ojos. Las personas infectadas con la influenza no tienen que sentirse enfermas para ser contagiosas - Ellos incluso pueden transmitir el virus de la influenza a otras personas el día antes de tener síntomas.

La influenza y sus complicaciones pueden ser tan graves que pueden ponerle a usted, sus niños, o padres en el hospital - o provocar la muerte.

Cada año en los Estados Unidos, de 140,000 a 810,000 personas son hospitalizadas y de 12,000 a 61,000 personas mueren por la influenza y sus complicaciones. Las personas con más probabilidades de ser hospitalizadas y morir son los bebés, niños pequeños, adultos mayores, y personas de todas las edades que tengan condiciones como enfermedades cardíacas o pulmonares. Pero no solo muere el más joven, el mayor o el más enfermo: cada año la influenza mata a personas que de otra manera estaban sanas.

La influenza puede ser una enfermedad muy grave para usted, su familia, y amigos - Pero todos pueden protegerse vacunándose.

No hay un sustituto para la vacunación anual que proteja a sus seres queridos de la influenza. La vacuna ayudará a mantenerle a salvo a usted y a sus seres queridos de una potencial muerte por esta enfermedad. Vacúnese cada año y asegúrese que sus hijos y sus padres también se vacunen

**¡Vacúnese cada año! ¡Vacune a sus hijos!
¡Asegúrese que sus padres también sean vacunados!**

©Immunize.org

FOR PROFESSIONALS www.immunize.org/ FOR THE PUBLIC www.vaccineinformation.org

www.immunize.org/catg.d/p4069.pdf

Item #P4069 (9/2022)

DEPARTAMENTO DE SALUD DE ARKANSAS (ADH)
TEMPORADA DE INFLUENZA - FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA INMUNIZACIÓN

SOLO PARA USO DE ADH

Código clínico de ADH: _____ Fecha de servicio: _____ Número de AASIS: _____
Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Número de LEA: _____

1- Persona que recibe la vacuna:

Nombre legal: _____ Inicial intermedia: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ Edad: _____

Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____ Apartado de correos: _____ Número de apt.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Zip: _____

Raza:

Indígena estadounidense/nativo de Alaska ☐ Negra/Afroamericana ☐

Nativo de Hawái/Otras islas del pacífico ☐ Asiática ☐ Blanca ☐

Origen étnico:

Hispano/latino ☐

No hispano/latino ☐

Estado de seguro:

Nombre de la
compañía de seguro: _____

ID del
afiliado/Número de póliza: _____

Relación con el titular de la póliza: Yo mismo ☐ Cónyuge ☐ Otro ☐ (Si usted es el titular de la póliza, no está obligado a completar la sección a continuación.)

Información del titular de la póliza:

Nombre legal: _____ Inicial intermedia: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

2- Autorización y asignación: Visite el sitio web [Current VISs | Vaccines & Immunizations | CDC \(Hojas de información de la vacuna, VISs | Vacunas e inmunizaciones | Centros para el Control de Enfermedades, CDC\)](#) para leer la Hoja de información de la vacuna contra la influenza vigente.

- He leído o me han explicado la Hoja de información de la vacuna para la Vacuna contra la influenza inactivada y entiendo los riesgos y beneficios.
- Doy mi consentimiento a la Autoridad de salud de Arkansas (ADH) para vacunar a la persona mencionada anteriormente con la vacuna contra la gripe.
- Confirmando que he revisado el Aviso de privacidad de ADH en www.healthy.arkansas.gov, el centro clínico o con este formulario.
- Entiendo que la información de vacunación se incluirá en el Registro de inmunización de ADH.

Para la(s) compañía(s) aseguradora(s):

- Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo(s) al seguro.
- Autorizo y solicito el pago de beneficios médicos directamente a la ADH.
- Acepto que la autorización cubrirá todos los servicios médicos prestados hasta que yo revoque dicha autorización.
- Acepto que se pueda usar una fotocopia de este formulario en lugar del original.
- Mi firma a continuación indica que acepto a la Sección 2: Autorización y asignación.

Firma del paciente/

padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____

3- Historial médico: Responda las siguientes preguntas por la persona que recibirá la vacuna contra la gripe.

Para el personal de la ADH: Si se marca SÍ y se requiere mayor orientación, notifique al CDNS regional.	Sí	No
1. ¿Tiene fiebre el día de hoy? (Si tiene fiebre el día de la clínica, podría impedirle recibir la vacuna contra la gripe.)	☐	☐
2. ¿Ha tenido alguna vez el síndrome Guillain-Barré (debilidad muscular intensa transitoria) en las 6 semanas antes de recibir la vacuna contra la gripe?	☐	☐
3. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna contra la gripe como dificultad para respirar, hinchazón de ojos o labios, sibilancias o náuseas o vómitos inmediatos?	☐	☐
4. ¿Tiene una alergia severa a alguna de los componentes de la vacuna contra la gripe, alimento o medicamento? (es decir, gelatina gentamicina o neomicina)	☐	☐
5. ¿Alguna vez se ha sentido mareado o como si fuera a desmayarse antes, durante o después de la inyección?	☐	☐
6. ¿Está ansioso/a hoy por ponerse la inyección?	☐	☐
7. ¿Está embarazada el día de hoy?	☐	☐
8. Si está embarazada, ¿está recibiendo cuidado prenatal?	☐	☐

Para uso de la clínica escolar: Maestro de sala del niño _____

Atención:

Los niños desde los 6 meses hasta los 8 años pueden requerir una segunda dosis. Comuníquese con su proveedor de salud o su Unidad de salud local de ADH dentro de cuatro semanas para obtener más información.

Administración de la vacuna contra la gripe: A completar solo por el personal de ADH

Código de la inyección: 70: Trivalente (P-F) $\geq$ 6 meses ☐ 72: Trivalente (P-F) $\geq$ 65 años ☐

Vacuna contra la gripe: Vía intramuscular (IM): ☐

Código del centro: _____ Dosis en ml: _____ Código MFG: _____ Número de lote: _____

Códigos del lugar de inyección

Deltoides derecho (**RD**) Pierna derecha (**RL**)
Deltoides izquierdo (**LD**) Pierna izquierda (**LL**)

Códigos de fabricante

GlaxoSmithKline (**SKB**) Sanofi (**PMC**)
MedImmune (**MED**) Seqirus (**SEQ**)

Firma del administrador **Fecha**
de la vacuna/cargo: _____ **de administración de la vacuna:** _____

Distrito Escolar Lake Hamilton

205 Wolf Street
Pearcy, Arkansas 71964

Clínica de Vacunación Escolar

En cumplimiento con el Derecho de la Educación escolar a la Ley de Privacidad (FERPA) (20 USC § 1232g; 34 CFR Parte 99 - por sus siglas en inglés-)

Yo, _____, doy permiso para mi hijo/a,
Nombre del Padre/Tutor

_____ para que participe en la clínica
Nombre y Apellido

de vacunación escolar.

Entiendo que las formas de consentimiento adecuadas del Departamento de Salud se me proporcionarán para revisarlas previo a la clínica.

Firma del Padre/Tutor

Fecha en que se firma