

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[efono] 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.

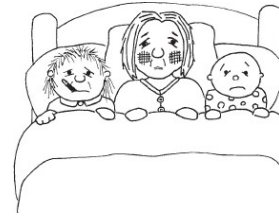


ADH 05/30/2025

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
TEMPORADA DE INFLUENZA -- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA INMUNIZACIÓN

Solo para uso del ADH Código de Clínica ADH: _____ Escuela LEA #: _____ Fecha de Servicio: _____
Nombre de la Escuela: _____ Grado Escolar: _____

Persona que Recibe la Vacuna:

Primer Nombre (Legal): _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nac: / / Edad: _____ (Sólo para empleados de ADH que se vacunan) AASIS#: _____

1. ANTECEDENTES MEDICOS: Complete las siguientes preguntas para la persona que recibe la vacuna.

<i>* Si responde "SÍ", e información adicional es necesaria, notifique a la CDNS Regional</i>	*SI	NO	
¿Ha tenido fiebre hoy? (Si tiene fiebre en el día de asistir a la clínica de vacunación, puede no recibir la aplicación de la vacuna contra influenza.)			Si alguna respuesta es "SI," es posible que usted no pueda recibir la vacuna contra Influenza.
¿Ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo temporal de debilidad muscular severa) en las 6 semanas después de haber recibido la vacuna contra la influenza?			
¿Ha tenido alguna vez una reacción seria a dosis previas de la vacuna contra influenza, tal como dificultad para respirar, hinchazón de los ojos o labios, silbidos respiratorios o náusea o vomito inmediato? ¿Tiene alergia severa a algún componente de la vacuna contra la influenza, o a algún alimento o medicamento? (ejemplo: gelatina, gentamicina, o neomicina)			
¿Ha sentido alguna vez mareo o desmayo antes durante, o después de una inyección?			
¿Se siente nervioso acerca de la aplicación de la vacuna de hoy?			
NOTA: Los niños de 6 meses a 8 años pueden requerir una segunda dosis. Contacte a su proveedor médico o a su Unidad Local de Salud del Departamento de Salud de Arkansas en cuatro semanas para más información.			
Para uso de la clínica escolar: Maestro del alumno: _____			

2. AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO:

- He leído o se me ha explicado las Declaraciones Informativas de la Vacuna contra la Influenza Inactivada y entiendo los riesgos y beneficios. Para leer las Declaraciones Informativas más actualizadas sobre cada vacuna (VIS por sus siglas en inglés), visite el sitio web: www.cdc.gov
- Doy mi consentimiento al Departamento de Salud estatal/Local y a su personal para que la persona nombrada a continuación sea vacunada con la vacuna contra la influenza.
- Por la presente reconozco que he revisado una copia de la Noticia de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas (ADH).
- Entiendo que la información sobre esta vacunación contra la influenza será incluida en el Registro de Inmunizaciones del ADH.

Para mi Agencia de Seguro Médico (s):

- Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar mi(s) reclamo(s) de seguro médico.
- Autorizo y solicito el pago de los beneficios médicos directamente al Departamento de Salud de Arkansas.
- Acepto que esta autorización cubra todos los servicios médicos prestados hasta que yo revoque la autorización.
- Estoy de acuerdo en que se use una fotocopia de este formulario en lugar del original.

La Noticia de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas se encuentra en el sitio web www.healthy.arkansas.gov, desplegado y disponible en la clínica, o acompaña este formulario.

Favor de firmar en el recuadro.

Mi firma abajo indica que he leído, entendido y estoy de acuerdo con la **Sección 2. Autorización y Consentimiento** del formulario de consentimiento para la inmunización contra Influenza Estacional y la **Declaración Informativa sobre la Vacuna (VIS)** por sus siglas en inglés).

Firma del Paciente/Padre/Tutor

_____ Fecha _____

3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre (Legal): _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nac: / / Género: ☐ Masc. ☐ Fem. Teléfono #: _____

Dirección: _____ P.O. Box _____ # de Apt. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal

Raza: ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
☐ Blanco ☐ Otro

Etnicidad: ☐ Hispano/latino ☐ No Hispano/Latino

4. ESTATUS DEL SEGURO MÉDICO (Marque el recuadro que corresponda):

Relación del paciente con el titular de la póliza de seguro: ☐ Si Mismo ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro

☐ Número de Medicaid/ARKids:

☐ Número de Medicare:

☐ Nombre de la compañía de seguros: _____

Membresía /# de Póliza:

INFORMACIÓN REQUERIDA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

Nombre (legal): _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nac. del Titular: / / Email: _____

Nombre del empleador del Titular de la Póliza: _____

Administración de Vacunas Contra Influenza (Para uso exclusivo del personal del ADH)

CÓDIGO DE VACUNA:

☐ 70: Trivalent (P-F) ≥ 6 meses

☐ 72: Trivalent (P-F) ≤ 65 años

Vacuna contra Influenza	Ruta	Código de lugar	Dosis mL	Código MFG	Número de Lote
	☐ IM				

Código del lugar: Deltoides Der = RD, Deltoides Izq. = LD, Pierna Derecha = RL, Pierna Izq. = LL, Brazo Der. = RA, Brazo Izq. = LA

MFG Codes: SKB = GlaxoSmithKline, MC = Sanofi, MED = MedImmune, SEQ = Seqirus

Firma y Título del Administrador de la Vacuna: _____

Fecha de Administración de la Vacuna: _____ / _____ / _____

FORM 8085 Revised 05/30/2025