

Queen Anne's County Department of Health
Vacuna contra la influenza anual consentimiento – Spray nasal

Sección 1: Información sobre el niño que recibe la vacuna (Por favor en letra molde)

Nombre de estudiante (Apellido)	(Nombre)	(Inicial)	Fecha-De-Nacimiento de estudiante Mes _____ Día _____ Año _____		
Padre o Guardián (Apellido)	(Nombre)	(Inicial)	Edad de estudiante	Sexo de estudiante M / F	Raza
Dirección			Padre o Guardián teléfono:		
Ciudad	Condado	Código			
Nombre de escuela	Maestro		GRADO		

Sección 2: revisión para recibir la vacuna

¿ ha vacunado a su hijo con la vacuna contra influenza o FluMist después 2010? Sí _____ No _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si su hijo puede recibir la vacuna contra la influenza intranasal.

Por favor marque Sí o No para cada pregunta.	Sí	No
1. ¿Su hijo tiene una alergia grave a los huevos?		
2. ¿Su hijo tiene alguna alergia graves? Por favor indique:		
3. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la gripe?		
4. ¿Su hijo ha tenido alguna vez el síndrome de Gullain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal grave) dentro de las 6 semanas después de recibir una vacuna contra la gripe?		
5. ¿Su hijo ha recibido alguna vacuna (contra SPR o varicela) en los últimos 30 días? Vacuna: _____ Fecha dado: Mes _____ Día _____ Año _____		
6. ¿Su hijo tiene cualquiera de los siguientes: asma, diabetes (O otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedad de los pulmones, los riñones el corazón, hígado, nervios o sangre? Indique:		
7. ¿Si su hijo tomando aspirina a largo plazo o con medicamentos que contienen aspirina (por ejemplo, su hijo toma aspirina diariamente)?		
8. ¿Su hijo tiene un sistema inmunitario débil (por ejemplo, por VIH, cáncer o medicamentos como esteroides o los que se usan para tratar el cáncer)?		
9. ¿Es su hija embarazada?		
10. ¿Su hijo está en contacto cercano con una persona que requiere cuidados en un ambiente protegido (por ejemplo, alguien que ha tenido recientemente un trasplante de médula ósea)?		

Sección 3: Consentimiento

Consentimiento para la vacunación del niño:

He leído o se me ha explicado la información sobre vacunación para la vacuna viva contra la influenza estacional y comprender los riesgos y beneficios.

Doy mi consentimiento para el Departamento de Salud y al personal del Condado de Queen Anne para mi niño nombrado en la parte superior de este formulario para ser vacunados con esta vacuna y que recibo la poliza de privacidad (Si esta forma de consentimiento no es firmado, entonces su hijo no será vacunado).

Firma del Padre / Legal

Guardian _____ Fecha: Mes _____ Día _____ Año _____

Section 5: Vaccination Record

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Route	Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
Influenza (LAIV)	Intranasal	/ /	Med Immune		
Influenza (LAIV) 2 nd dose	Intranasal	/ /	Med Immune		

Preguntas acerca de la Campaña de Vacunación para niños de edad escolar

1. **Cuanto cuesta la vacuna de la Gripe o el atomizador nasal (FluMist)?**
La vacuna de la gripe o el atomizador nasal(FluMist) son gratuitas para los niños de jardín de infantes hasta 12avo. grado.
2. **A mi niño no le gustan las vacunas o inyecciones, hay otra manera de vacunarlo?**
Si, además de la vacuna tradicional, también ofrecemos la vacuna en aerosol nasal.
3. **Cual es la mejor para mi hijo la vacuna del flu o el aerosol nasal (FluMist)?**
Cualquiera de las dos, son igualmente seguras y efectivas para su niño si no tiene los problemas de salud mencionados en el consentimiento.
4. **Son las vacunas del flu seguras?**
Si, tenemos mucha información que las vacunas del flu son seguras.
5. **Puede mi niño enfermarse del flu por la vacuna?**
No, no puede tener el flu por la vacuna del flu.
6. **Es la enfermedad del flu seria?**
Si, puede ser muy seria, Todas las personas tienen el riesgo de desarrollar infecciones muy severas del flu que pueden ser fatales.
7. **Niños saludables corren el riesgo de la enfermedad del flu?**
Si, es muy raro, pero el virus del flu puede matar a los niños.
8. **Que pasa si mi niño no está en la escuela el dia de la vacunación?**
El Departamento de Salud del Condado de Queen Anne's va a ofrecer muchas clínicas de vacunación que estaran disponibles en dias y fechas diferentes para que su niño reciba la vacuna del flu gratis.
9. **Pueden mis hijos menores o mayores y yo recibir la vacuna del flu, cuando estan vacunado en la escuela?**
No, solamente los niños desde el Jardín hasta el 12avo. grado son elegibles para esta vacuna gratis del flu en la escuela.
10. **Quien les pondrá la vacuna del flu a mis niños?**
Enfermeras registradas del Departamento de Salud le administraron la vacuna del flu.
11. **Mi niño necesita ser vacunado contra el flu?**
No, la participación en el programa de la escuela es voluntaria y se necesita su permiso para que su niño pueda recibir la vacuna. Sin embargo, recuerde que ahora se recomienda que todos los niños entre 6 meses hasta 18 años deben ser vacunados contra el flu todos los años.

- 12. Porque mi niño necesita la vacuna del flu?**
Los niños de edad escolar tienen un mayor porcentaje de la enfermedad del flu, (mas del 10% cada año) y son los que más transmiten a la comunidad. Estudios demuestran que los niños que reciben la vacuna del flu se enferman menos , y no faltan mucho a la escuela y el porcentaje contagio a la familia también es mas bajo comparado con los niños que no están vacunados.
- 13. Tengo que estar presente cuando mi niño reciba la vacuna del flu?**
No, pero los padres son bienvenidos si lo prefieren. Los padres deben revisar, firmar y enviar de vuelta a la escuela las autorizaciones para que sus niños sean vacunados.
- 14. Que pasa si mi niño tiene una reacción a la vacuna del flu?**
Reacciones son raras, pero si una ocurre, tratamiento médico adecuado será dado y se le contactara inmediatamente a los padres.
- 15. Puede mi niño tener el flu después de ser vacunado?**
Si, toma dos semanas después de la vacuna para que se desarrollen los anticuerpos y puedan dar una protección total contra la infección del flu. Además, la vacuna del flu no protege contra otros virus, o virus que tienen síntomas similares a los del flu.
- 16. Puede mi niño vacunarse del flu, si días antes recibió otras vacunas?**
Ellos pueden recibir la vacuna del flu en cualquier momento, después de haber sido vacunados. Sin embargo, deben esperar por lo menos **28 días** cuando han recibido la vacuna **MMR (VARICELA)** y la vacuna en aerosol nasal **FluMist**.
- 17. A quién puedo llamar si tengo otras preguntas?**
Al Departamento de Salud del Condado de Queen Anne's, Enfermedades Contagiosas (Communicable Disease) estaremos disponibles para recibir sus llamadas al **410-758-0720, ext 4432**.

DEPARTAMENTO DE SALUD DE MARYLAND Y SU INFORMACIÓN MÉDICA

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Introducción

El Departamento de Salud de Maryland (Maryland Department of Health - MDH) se compromete a proteger su información médica. El Departamento (MDH) está obligado por ley a mantener la privacidad de la Información Médica Protegida, en Inglés (Protected Health Information-PHI). Esta protección PHI incluye cualquier información que obtenemos de usted u otras personas relacionadas con su salud física o mental, la atención médica que ha recibido, o el pago de la atención médica. Como es requerido por la ley, este aviso le informa sobre sus derechos y nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la privacidad de su PHI. Con el fin de proporcionar un tratamiento o para pagar por su atención médica, MDH le pedirá cierta información de salud y que la información médica será puesto en su registro. El récord por lo general contiene sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos y tratamiento. Esa información, que se refiere como su récord expediente médico, y legalmente regulado como información de salud, puede ser utilizado para una variedad de propósitos. MDH y sus socios comerciales están obligados a seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso, aunque MDH se reserva el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta Notificación en cualquier momento. Usted puede solicitar una copia de la nueva notificación de cualquier agencia MDH. También se encuentra en nuestro sitio web en <https://health.maryland.gov/pages/index.aspx>

Usos y divulgaciones permitidos

Empleados MDH sólo utilizará su información de salud al hacer su trabajo. Para usos más allá de lo que normalmente lo hace el Departamento, MDH debe contar con su autorización por escrito a menos que la ley permita o requiera, y podrá revocar dicha autorización con excepciones limitadas. Los siguientes son algunos ejemplos de los posibles usos y divulgaciones de su información de salud:

Uso y divulgación *sin consentimiento* relacionada con el tratamiento, pago u operaciones de atención médica:

- **Para el tratamiento:** MDH puede utilizar o compartir su información de salud para aprobar, o negar el tratamiento, y para determinar si el tratamiento médico es apropiado. Por ejemplo, los proveedores de cuidado de la salud en MDH pueden necesitar revisar su tratamiento con su proveedor de atención médica por necesidades médicas o para la coordinación de la atención.
- **Para obtener el pago:** MDH puede usar y compartir su información médica para facturar y cobrar el pago por los servicios de salud y determinar su elegibilidad para participar en nuestros servicios. Por ejemplo, su proveedor de atención médica puede enviar reclamos de pago de los servicios médicos prestados a usted.

• **Para las operaciones de atención médica:** MDH puede usar y compartir su información de salud para evaluar la calidad de los servicios prestados, o para auditores del estado y federales.

Otros usos y divulgaciones de información médica obligatoria o permitida por la ley:

• **Propósitos de información:** A menos que usted nos proporcione instrucciones alternativas, MDH puede enviar recordatorios de citas y otros materiales sobre el programa a su hogar.

• **Requerido por la ley:** MDH puede revelar información médica cuando la ley nos obliga a hacerlo.

• **Actividades de salud pública:** MDH puede revelar información de salud cuando se requiere MDH para recopilar o reportar información sobre enfermedades, lesiones, o para informar sobre estadísticas vitales a otras divisiones del departamento y otras autoridades de salud pública.

• **Actividades de supervisión de la salud:** MDH puede revelar su información de salud a otras divisiones del departamento y otras agencias para actividades de supervisión requeridas por la ley. Ejemplos de estas actividades de supervisión son las auditorías, inspecciones, investigaciones y licencias.

• **Médicos forenses , directores de funerarias y donación de órganos:** MDH puede revelar información de salud en relación a la muerte a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias, y para las organizaciones autorizadas en relación con los órganos, los ojos o las donaciones de tejidos o trasplantes.

• **Propósitos de investigación:** En ciertas circunstancias, y bajo la supervisión de nuestra Junta de Revisión Institucional o a otra Junta de privacidad designada, MDH puede revelar información de salud para ayudar a la investigación médica.

• **Evitar amenaza para la salud o seguridad:** Para evitar una amenaza grave y inminente para la salud o la seguridad, MDH puede revelar información de salud cuando sea necesario para hacer cumplir la ley u otras personas que razonablemente pueden prevenir o disminuir la amenaza de daño.

• **Abuso y negligencia:** MDH puede revelar su información de salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica, o algún otro delito. MDH puede revelar su información de salud en la medida necesaria para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otros.

• **Las funciones específicas del gobierno:** MDH puede revelar información de salud del personal militar y veteranos en ciertas situaciones, a las instalaciones correccionales en ciertas situaciones, a los programas de beneficios del gobierno en relación con la elegibilidad y la inscripción, y por razones de seguridad nacional, como la protección del Presidente.

• **La familia , los amigos , u otras personas involucradas en su cuidado:** MDH puede compartir su información médica con personas, ya que está directamente relacionada con su participación en su cuidado o pago de su atención médica. MDH puede compartir su información médica con la gente para notificarles acerca de su ubicación, condición general o muerte.

• **Compensación a los trabajadores:** MDH puede revelar información de salud a los programas de compensación de los trabajadores que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin admitir prueba.

• **Directorios de pacientes:** Entidades de MDH generalmente no mantienen directorios para la divulgación a personas que llaman o visitantes que pregunten por usted por su nombre. Sin embargo, si una entidad de MDH mantiene un directorio, su información no será divulgada a un desconocido por teléfono o visitante sin autorización, y la escasa información que divulgamos puede incluir su nombre, ubicación en la entidad, su condición general (por ejemplo, regular, estable, etc) y su afiliación religiosa.

• **Demandas , las disputas y reclamos:** Si usted está involucrado en una demanda, una diferencia, o una reclamación, MDH puede revelar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, solicitud de descubrimiento, la investigación de una denuncia presentada en su nombre, u otro proceso legal.

• **Aplicación de la ley:** MDH puede revelar su información de salud a un oficial de la ley con fines que son requeridos por la ley o en respuesta a una citación judicial.

• **Otras partes para la realización de las actividades permitidas:** MDH puede llevar a cabo las actividades descritas anteriormente a nosotros mismos, o pueden utilizar las entidades no relacionadas con MDH (conocidos como Asociados de Negocios) para llevar a cabo dichas operaciones. En aquellos casos en los que revelar su Información Médica Protegida PHI a un tercero que actúe en nuestro nombre, vamos a proteger su información médica a través de un contrato de confidencialidad correspondiente.

• **Las actividades de recaudación de fondos:** MDH puede usar su información para comunicarnos con usted en un esfuerzo para recaudar fondos para MDH y sus operaciones. La información que publicamos acerca de usted se limitará a su información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas en que recibió tratamiento o servicios en MDH.

Sus Derechos

Usted tiene derecho a:

• **Solicitar restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica MDH utiliza o divulga acerca de usted. MDH acomodará su petición, si es posible, pero no es un requisito legal de acuerdo con la restricción solicitada. A excepción de lo requerido por la ley, MDH debe acomodar su solicitud si la divulgación es un plan de salud con fines de llevar a cabo el pago o las operaciones de atención (y no sólo a efectos de llevar a cabo el tratamiento), y la PHI se refiere únicamente a la un elemento de cuidado de la salud o el servicio para el cual el médico involucrado se ha pagado de su bolsillo en su totalidad.

• **Comunicación solicitud confidencial:** Usted tiene el derecho de pedir que MDH le envíe información a una dirección alternativa o por medios alternativos. MDH debe estar de acuerdo a su solicitud, siempre y cuando ello sea razonablemente fácil para nosotros hacerlo.

• **Inspeccionar y copiar:** Con algunas excepciones (por ejemplo, las notas de psicoterapia, información recopilada para ciertos procesos legales, y la información médica restringida por la ley), usted tiene

derecho a ver su información de salud a su solicitud por escrito. Si desea obtener copias de su información de salud, se le puede cobrar una cuota razonable y basado en los costos de copiado, envío y preparación de una explicación o resumen de la PHI. Usted tiene el derecho de elegir qué partes de la información que desea copiar y para disponer de información previa sobre el costo de las copias. Si MDH mantiene su información médica con los registros electrónicos de salud, le daremos acceso en formato electrónico y remitirá copia de la información de salud a una entidad o persona designada por usted, siempre y cuando dicha designación sea clara, evidente y específica.

• **Solicitud de modificación:** Usted puede solicitar por escrito que MDH corrija o añada a su expediente médico. MDH responderá a su solicitud en un plazo de 60 días, con un máximo de una prórroga de 30 días, si es necesario. MDH puede negar la solicitud si MDH determina que la información médica es: (1) correcto y completo, (2) no fue creada por nosotros y/o no parte de nuestros registros, (3) no se permite que se revele. Si MDH aprueba la solicitud de enmienda, MDH va a cambiar la información de salud e informar a usted, y MDH le dirá a otros que necesitan saber sobre el cambio en la información de salud.

• **Requiere autorización:** Usted tiene el derecho de exigir su autorización para la mayoría de usos y revelaciones de las notas de psicoterapia, para la recepción de la comunicación de marketing y de la venta de su PHI.

• **Recibir informe de divulgaciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una lista de las divulgaciones hechas de su información médica después del 14 de abril de 2003, y en los seis años anteriores a la fecha en que se solicita la contabilidad. Las excepciones son la información de salud que se ha utilizado para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Además, MDH no tiene que incluir las revelaciones hechas a usted, basado en su autorización por escrito, siempre que para la seguridad nacional, a los oficiales del orden público, o instalaciones correccionales. No habrá cargo durante un máximo de una lista cada año. Además, MDH dará cuenta de las revelaciones hechas a través de un registro electrónico de salud para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, pero la información está limitada a tres años antes de la fecha de la solicitud.

• **Opt-Out "Darse de Baja":** Usted tiene el derecho de recibir la comunicación de recaudación de fondos y el derecho a solicitar darse de baja de la comunicación de recaudación de fondos. Usted también tiene el derecho de solicitar a darse de baja de directorio de pacientes de un centro de MDH, y usted tiene el derecho a darse de baja de Maryland salud Información Intercambio (HIE), que es el Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros Pacientes (CRISP).

• **Recibir aviso:** Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de este Aviso y/o una copia por correo electrónico a petición.

• **Recibir notificación de las infracciones:** Usted tiene el derecho a recibir una notificación cada vez que se produce un incumplimiento de su Información Médica Protegida no segura.

• **Recibir protección de la información genética:** Si alguno de los componentes de salud de MDH se considera un plan de salud, el plan de salud tiene prohibido utilizar o divulgar su información genética para ciertos fines de suscripción.

• **Recibir protección de los registros de salud mental:** Si un expediente médico que se desarrolla en el marco de usted que recibe servicios de salud mental se da a conocer sin su autorización, MDH será sólo

conocer la información en su expediente que es relevante para el propósito para el que se solicita la divulgación.

Para más información:

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos alternativos que cumplen con las directrices de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Si usted tiene preguntas y desea más información, puede comunicarse con: **(Juanita Carter or Carol Crouch, Queen Anne's County Department of Health, 410-758-0720)**

Para reportar un problema acerca de nuestras prácticas de privacidad:

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

- Usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Maryland, División de Corporate Compliance en 1-866-770-7175.
- Usted puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina para Derechos Civiles. Usted puede llamar al Departamento de Salud de Maryland de la información de contacto.

MDH no tomará ninguna represalia contra usted si usted hace esas denuncias.

Fecha de vigencia: Esta notificación es efectiva el 1 de Julio de 2017.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (con virus vivos, intranasal): *Lo que necesita saber*

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte www.immunize.org/vis

1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la influenza puede prevenir la influenza (gripe).

La **gripe** es una enfermedad contagiosa que se propaga por los Estados Unidos cada año, generalmente entre octubre y mayo. Cualquiera puede contraer la gripe, pero es más peligroso para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, las personas de 65 años de edad y mayores, las mujeres embarazadas y las personas con ciertos padecimientos de salud o un sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones por la gripe.

La neumonía, la bronquitis, las infecciones sinusales y las infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarla.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolores musculares, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Algunas personas pueden tener vómitos y diarrea, aunque esto es más frecuente en niños que en adultos.

Cada año, **miles de personas mueren por influenza en los Estados Unidos**, y muchas más son hospitalizadas.

La vacuna contra la gripe previene millones de enfermedades y visitas al médico relacionadas con la gripe cada año.

2 Vacuna contra la influenza con virus vivos atenuada

Los Centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) recomiendan que todas las personas de 6 meses de edad y mayores se vacunen cada temporada de gripe. **Niños de 6 meses a 8 años de edad** pueden necesitar 2 dosis durante una sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La vacuna con virus vivos atenuada contra la influenza (llamada LAIV [live, attenuated influenza vaccine]) es una vacuna en aerosol nasal que se puede administrar a personas no embarazadas **2 a 49 años de edad**.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas en desarrollarse después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se fabrica una nueva vacuna contra la gripe para proteger contra tres o cuatro virus que probablemente causen enfermedades en la próxima temporada de gripe. Incluso cuando la vacuna no coincide exactamente con estos virus, aún puede brindar cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza puede aplicarse al mismo tiempo que otras vacunas.

3 Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que va a recibir la vacuna:

- Es **menor de 2 años o mayor de 49 años** de edad.
- Está **embarazada**.
- Ha tenido una **reacción alérgica después de una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia grave y potencialmente mortal**.
- Es un **niño o adolescente de 2 a 17 años de edad** que recibe **aspirina o productos que contienen aspirina**.
- Tiene un **sistema inmunitario debilitado**.
- Es un **niño de 2 a 4 años de edad** que ha tenido **asma o antecedentes de sibilancia** en los últimos 12 meses.
- Ha tomado **medicamentos antivíricos** contra la influenza en las 48 horas previas.
- **Cuida de personas gravemente inmunocomprometidas** que requieran un ambiente protegido.
- Tiene **5 años o más y tiene asma**.



- Tiene otros **padecimientos médicos subyacentes** que pueden poner a las personas en mayor riesgo de sufrir complicaciones graves por la gripe (como **enfermedad de los pulmones, enfermedad del corazón, nefropatía, trastorno renal o hepático, trastornos neurológicos o neuromusculares o metabólicos**).
- Ha tenido el **síndrome de Guillain-Barré** dentro de las 6 semanas posteriores a una dosis previa de la vacuna contra la influenza.

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza para una visita futura.

Para algunos pacientes, podría ser más apropiado un tipo diferente de vacuna contra la influenza (vacuna contra la influenza inactiva o recombinante) que la vacuna contra la influenza con virus vivos atenuada.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como la gripe. Personas con enfermedades moderadas o graves usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

4 Riesgos de una reacción a la vacuna

- Goteo nasal o congestión nasal, sibilancias y dolor de cabeza pueden ocurrir después de recibir la LAIV.
- Otros posibles efectos secundarios son vómito, dolores musculares, fiebre, dolor de garganta y tos.

Si se presentan estos problemas, generalmente comienzan poco después de la vacunación y son leves y de corta duración.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

5 ¿Qué debo hacer si hay un problema grave?

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **9-1-1** y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Las reacciones adversas se deben reportar al Sistema de informes de eventos adversos derivados de vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en www.vaers.hhs.gov o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

6 Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

El Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Visite el sitio web de VICP en www.hrsa.gov/vaccinecompensation o llame al **1-800-338-2382** para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación. Hay un plazo límite para presentar una reclamación de compensación.

7 ¿Dónde puedo obtener más información?

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su 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 www.cdc.gov/flu de los CDC

Vaccine Information Statement (Interim)
**Live Attenuated
 Influenza Vaccine** Spanish



Office use only