

Fight the Flu in Arkansas



Luchando contra el Flu en Arkansas

Queridos Padres:

Es esencial que lea esta carta y siga todos los pasos para que sus hijos puedan ser protegidos contra el flu.

En cooperación con el Departamento de Salud de Arkansas, los distritos escolares en Arkansas estarán estableciendo clínicas para ofrecer vacunas contra el flu para los estudiantes.

Para que su hijo (a) reciba la vacuna del flu, usted debe:

1. Leer el informativo tocante a la vacuna.
2. Leer y llenar (por los dos lados) la forma de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas.
3. Escribir claramente toda la información requerida en la forma de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas.
4. Asegurarse de haber firmado la forma de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas para la vacuna de flu.
5. Firmar la forma de consentimiento del Distrito Escolar llamada FERPA (usted quizá haya firmado esta forma a principios del año escolar cuando su niño fue registrado para la escuela).
6. Regresar las dos formas de consentimiento a la escuela de su hijo(a) lo más pronto posible

Esta es una gran oportunidad para que los niños reciban esta vacuna sin costo alguno para usted. Si usted tiene seguro médico, el Departamento de Salud de Arkansas le cobrará a su compañía de seguros el costo de la vacuna recibida. En el caso de que usted no tenga seguro médico o tenga pero su seguro no pague por las vacunas, aun si, la vacuna no tendrá ningún costo para usted.

Aviso: Solamente los estudiantes que traigan las requeridas formas de consentimiento llenas (la del Departamento de Salud de Arkansas y la del Distrito Escolar con firma) podrán recibir la vacuna del flu.

Si tiene alguna pregunta o necesita información tocante las vacunas o las formas de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas, llame a su departamento de salud local.

Muchas 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 información de salud. El ADH está obligado por ley a proteger la privacidad de su información de salud y que podría ser identificada como suya, lo que llamamos "información de salud protegida", o "PHI" para abreviar. Tenemos que darle aviso de nuestras obligaciones legales y procedimientos de privacidad en relación 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 protección de la privacidad de su historial médico/de salud que nosotros originamos o recibimos.

COMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACION MEDICA

El personal de ADH solo utilizará su PHI para desempeñar su trabajo. Los propósitos de la utilización y de la divulgación 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, médicos, 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 exámenes clínicos, terapia, servicios de nutrición, medicamentos, hospitalización, o cuidados de seguimiento.

Para el Pago: El ADH podría 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 examen clínico o vacunas que usted o su niño 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 que servicios y programas deben ofrecerse, o si los nuevos tratamientos o servicios son útiles. Podemos compartir su PHI con nuestros socios comerciales que desempeñan funciones en nombre del ADH. Por ejemplo, nuestros socios comerciales pueden utilizar su PHI para tramitar casos, coordinar la atención, 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 límites del tratamiento, pago u operaciones relacionados con el ADH o de cualquier otra manera permitida por leyes estatales o federales, se harán solamente con su específica autorización por escrito. Esta autorización es necesaria para divulgar los siguientes tipos de información: abuso de drogas y alcohol, planificación familiar, VIH / SIDA, enfermedades mentales, enfermedades de transmisión sexual, y Programa para mujeres, infantes y niños (WIC). Usted puede revocar autorizaciones específicas para entregar su PHI, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca una autorización, no continuaremos entregando su PHI al receptor autorizado/s, excepto en la medida en que el ADH ya haya utilizado o divulgado la información en conformidad con la autorización original. Además, usted tiene los siguientes derechos:

Derecho a inspeccionar y copiar: Usted puede solicitar inspeccionar o recibir una copia de cualquier parte de su expediente médico. Podemos cobrarle por el costo de las copias, franqueo, u otros suministros asociados con su solicitud.

Derecho a solicitar una rectificación: Si usted cree que su PHI creada por el ADH es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corrijamos dicha información. El ADH puede negar su petición si usted pide que modifiquemos información 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 información que se le permite inspeccionar o copiar, o 4) se determina que la información es exacta y completa.

Derecho a solicitar un recuento de entregas de su información de salud: Usted puede solicitar un recuento de las entregas de su información de salud. La enumeración no incluye las divulgaciones para fines de tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud; información exigida por ley con fines de seguridad nacional; revelaciones a las cárceles o establecimientos penitenciarios, divulgaciones autorizadas, y cualquier revelación hecha antes del 14 de abril del 2003.

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

Derecho a solicitar comunicación confidencial: Usted puede solicitar, por escrito, que el ADH se comunique con usted de una manera diferente o en una ubicación distinta, por ejemplo, usando otra dirección de correo o llamándolo a un número de teléfono diferente.

Derecho a una copia en papel de este aviso 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, poniéndose 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. También 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 dirección 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.



Arkansas Department of Health

4815 West Markham Street • Little Rock, Arkansas 72205-3867 • Telephone (501) 661-2000

Governor Sarah Huckabee Sanders

Renee Mallory, RN, BSN, Secretary of Health

Jennifer Dillaha, MD, Director

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

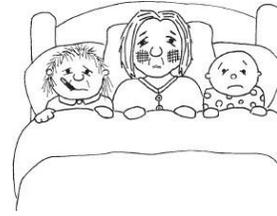
Una Declaración de Información de la Vacuna (*Vaccine Information Statement, VIS*) es un documento, elaborado por los Centros para el control y la prevención de enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*), que informa a los receptores de la vacuna, o a sus padres o representantes 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 [Vaccine Information Statement: Inactivated Influenza Vaccine \(immunize.org\)](http://immunize.org). 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.

COPIE ESTO PARA SUS PACIENTES

¡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, estornuda, 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
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA INMUNIZACIÓN -- TEMPORADA DE INFLUENZA**

Para uso exclusivo de ADH Código de la Clínica de ADH: _____ Escuela LEA#: _____
Fecha de Servicio: _____ Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____

Persona que Recibe la Vacuna:

Nombre (Legal): _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento / / Edad: _____
(Solo para Empleado de ADH Recibiendo la Vacuna) AASIS# del Empleado: _____

1. ANTECEDENTES MÉDICOS: Responda las siguientes preguntas sobre la persona que recibe la vacuna.

<i>*Si la respuesta es sí y necesita más información, notifique a la CDNS Regional</i>	SÍ	NO	
¿Está enferma hoy la persona que va a ser vacunada? (Tener fiebre el día que se planea recibir la vacuna, puede prevenir la aplicación de la vacuna contra influenza.)			Si alguna Respuesta Es SÍ, es posible que no pueda recibir la vacuna contra la influenza
¿La persona que va a ser vacunada es alérgica(o) a algún ingrediente de la vacuna (por ejemplo, gelatina, gentamicina o neomicina)? ¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez en el pasado alguna reacción grave a la vacuna contra influenza tal como dificultad para respirar, hinchazón de los ojos o labios, silbido en el pecho, o náuseas o vómitos inmediatos?			
¿La persona que va a ser vacunada ha tenido alguna vez síndrome de Guillian-Barré (un tipo de debilidad muscular grave temporal) entre las 6 semanas después de haber recibido la vacuna contra la influenza?			
¿La persona que va a ser vacunada ha sentido alguna vez mareos o desfallecimiento antes, durante, o después de una inyección?			
¿La persona que va a ser vacunada tiene temor hoy de recibir la vacuna? ¿La persona que va a ser vacunada prefiere estar sentada, acostada, o prefiere mirar hacia otro lado u observar la aplicación?			

NOTA: Los niños de 6 meses a 8 años pueden requerir una segunda dosis. Comuníquese con su proveedor de atención médica o a su Unidad Local de Salud en cuatro semanas para obtener más información.

Para uso de la Clínica Escolar: Maestro(a) del aula del niño

2. Liberación de Responsabilidad y Asignación:

- He leído o me han explicado la Hoja(s) Informativa sobre la Vacuna Inactivada Contra Influenza y entiendo los riesgos y beneficios. Para leer las Declaraciones Informativas Sobre la Vacuna (VIS, por sus siglas en inglés) para cada una de las vacunas, visite la página web para obtener la VIS más reciente: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>
- Doy mi consentimiento al Departamento de Salud estatal/local y a su personal para que la persona identificada abajo en este formulario sea vacunada contra la influenza.
- Por la presente confirmo que he revisado una copia del Aviso de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas.
- Entiendo que la información sobre esta vacunación contra influenza será incluida en el Registro de Inmunización del Departamento de Salud de Arkansas.

A Mi Compañía(s) de Seguro:

- Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar mi(s) reclamo(s) al seguro médico.
- Autorizo y solicito el pago de los beneficios médicos directamente al Departamento de Salud de Arkansas.
- Entiendo que la autorización cubrirá todos los servicios médicos prestados hasta que yo revoque dicha autorización.
- Acepto que la fotocopia de este formulario pueda ser usada en vez de la original.

El Aviso de Confidencialidad del Departamento de Salud de Arkansas se encuentra en el sitio web en www.healthy.arkansas.gov, mostrado y disponible en la clínica local o acompañando este formulario.

A continuación, firme en la casilla de la derecha:

Firme aquí:



Mi firma abajo indica que he leído, comprendo y acepto la **Sección 2. Liberación de Responsabilidad y Asignación** de la Temporada de Influenza -- Formulario de Consentimiento para Inmunización y **Declaración Informativa sobre la Vacuna (VIS)**.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal:

_____ fecha _____

3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

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

Fecha de Nacimiento: / / Género: Masculino Femenino Tel: _____

Dirección: _____ P.O. Box: _____ Apt. No. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal:

Raza: Indígena Estadounidense /Nativo de Alaska Asiática: Negro/Afroamericano
 Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacífico Blanca Otra

Etnicidad: Hispana/Latina Non-Hispana/Latina

4. INSURANCE ESTATUS (Marque el recuadro apropiado):

Relación del Paciente con el Titular de la Póliza de Seguro: Yo Cónyuge Hijo Otro

Número de Medicaid/ARKids:

Número de Medicare:

Nombre de la Compañía de Seguro: _____

Número de Identificación / # de Póliza del Asegurado:

INFORMACIÓN REQUERIDA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

Nombre (Legal): _____ Inicial de Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: / /

Dirección Correo Electrónico: _____

Nombre del Empleador del Titular de la Póliza: _____

Administración de la vacuna contra influenza (Para ser llenado únicamente por el personal de ADH)

CÓDIGO DE LA VACUNA:

- 70:Trivalente (P-F) ≥ 6 meses
- 72:Trivalente (P-F) ≥ 65 años

Vacuna contra Influenza:	Vía de Administración	Código Lugar de Aplicación	Dosificación ml	Código MFG	Número de Lote:
	<input type="checkbox"/> IM				

Código de Lugares de Aplicación: Deltoides Derecho = RD, Deltoides Izquierdo = LD, Pierna Derecha = RL, Pierna Izquierda = LL, Brazo Derecho = RA, Brazo Izquierdo = LA
Códigos MFG: SKB = GlaxoSmithKline, PMC = Sanofi, MED = MedImmune, SEQ = Seqirus

Firma y Posición del Administrador de la Vacuna: _____

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