Fight the Flu in Arkansas

ARKANSAS fights THE FLU

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 infom1aci6n de salud. El ADH esta obligado por ley a proteger la privacidad de su informaci6n de salud y que podria ser identificada como suya, lo que llamamos "informaci6ri de salud protegida", o "PHI" para abreviar. Tenemos que darle aviso de nuestras obligaciones legales y procedimientos de privacidad en relaci6n 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 protecci6n de la privacidad de su historial medico/de salud que nosotros originamos o recibimos.

COMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACION MEDICA

El personal de!ADH solo utilizara su PHI para desempefiar su trabajo. Los prop6sitos de la utilizaci6n y de la divulgaci6n 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, medicos, 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 examenes clinicos, terapia, servicios de nutrici6n, medicamentos, hospitalizaci6n, o cuidados de seguimiento.

Para el Pago: El ADH podria 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 clinico o vacunas que usted o su nifio 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 progran1as 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 utiles. Podemos compartir su PHI con nuestros socios comerciales que desempefian funciones en nombre del ADH. Por ejemplo, nuestros socios comerciales pueden utilizar su PHI para tramitar casos, coordinar la atenci6n, 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 limites del tratamiento, pago u operaciones relacionados con el ADH ode cualquier otra manera permitida por leyes estatales o federales, se haran solamente con su especifica autorizaci6n por escrito. Esta autorizaci6n es necesaria para divulgar los siguientes tipos de informaci6n: abuso de drogas y alcohol, planificaci6n familiar, VIH / SIDA, enfermedades mentales, enfermedades de transmisi6n sexual, y Programa para mujeres, infantes y nifios (WIC). Usted puede revocar autorizaciones especificas para entregar su PHI, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca una autorizaci6n, no continuaremos entregando su PHI al receptor autorizado/s, excepto en la medida en que el ADH ya haya utilizado o divulgado la informaci6n en conformidad con la autorizaci6n original. Ademas, usted tiene los siguientes derechos:

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

Derecho a solicitar una rectificacion: Si usted cree que su PHI creada por el ADH es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corrijamos dicha informaci6n. El ADH puede negar su peticiбn si usted pide que modifiquemos informaci6n 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 informaci6n que se le pennite inspeccionar o copiar, o 4) se determina que la informaci6n es exacta y completa.

Derecho a solicitar un recuento de entregas de su informacion de salud: Usted puede solicitar un recuento de las entregas de su infonnaci6n de salud. La enumeraci6n no incluye las divulgaciones para fines de tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud; informaci6n exigida por ley con fines de seguridad nacional; revelaciones a las carceles o establecin1ientos penitenciarios, divulgaciones autorizadas, y cualquier revelaci6n hecha antes del 14 de abril del 2003.

Derecho a solicitar restricciones: Usted puedy solicitar al ADH que limite el uso o divulgaci6n de su PHI, excepto para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. El ADH no esta obligado por ley a aceptar su solicitud.

Derecho a solicitar comunicacion confidencial: Usted puede solicitar, por escrito, que el ADH se comunique con usted de una manera diferente o en una ubicaci6n distinta, por ejemplo, usando otra direcci6n de correo o llan1andolo a un numero de telefono diferente.

Derecho a una copia en papel de este a"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).

OUEJAS

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 Hmnanos de los EE.DU. Si usted lo solicita, le proporcionaremos la direcci6n adonde presentar su queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.DU. Nose 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, Interim 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) Este enlace puede verse y descargarse desde su computadora de escritorio, laptop, tableta, teléfono inteligente u otro dispositivo electrónico conectado a Internet.

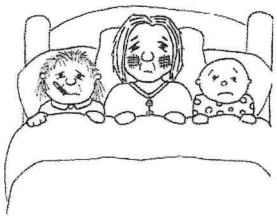
- Para una copia de la VIS dla inyección, puede ir a su unidad de salud local del Departamento de Salud de Arkansas y recibir una copia. Puede llamar al
  1-800-462-0599 para saber cuál es la unidad de salud que le queda más cerca.

- 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 Sección 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 varias 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.

Si responde "SÍ", e información adicional es necesaria, notifique a la CDNS Regional	***SI**	**NO**	
¿Ha tenido fiebre hoy? (Tener fiebre en el día de asistir a la clínica de vacunación, le puede impedir recibir 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 recibir 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 o nausea o vomito inmediato? ¿Tiene alergia severa a algún componente de la vacuna contra la influenza, o a algún alimento o medicamento? (como gelatina, gentamicina, o neomicina)			
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 sobre la vacuna contra la influenza inactiva y entiendo los riesgos y beneficios. Para leer las Declaraciones Informativas más actualizadas sobre la Vacuna (VIS por sus siglas en inglés) para cada vacuna, visite el sitio web VIS: 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 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 divulgación 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 la 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, expuesto 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**_____

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 Pacífic** ☐**Blanco** ☐**Otro**

Etnicidad: ☐Hispano/latino ☐ No Hispano/Latino

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 Nacimiento 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: Quadrivalent (P-F) > 6 meses ☐ 72:Quadrivalent (P-F) > 65 años

Vacuna contra Influenza	Ruta	Código del lugar	Dosis mL	Código MFG	Numero de Lote
	IM				

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

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

Firma y Título del Administrador de la Vacuna: _____

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

FORM 8085 Revised 03/29/2023