



Querido Padre o Encargado:

Es un placer informarle que la escuela de su hijo/a en the Edward A. Reynolds West Side High School tiene un Centro de Salud Escolar. El Centro de Salud Escolar es administrado por Ryan Health. El Centro de Salud Escolar tiene profesionales de Ryan Health con licencia consiste de proveedores médicos.

Tenga en cuenta que su hijo/a puede usar el centro de salud escolar y también ver a sus otros médicos. Su firma en esta autorización no cambia su plan de seguro médico, no cambia su doctor privado, y no afecta la cantidad de visitas a su médico privado.

Su hijo/a puede recibir servicios notados aquí en nuestro Centro **sin ningún costo a usted y sin importar si tiene o no seguro médico.** Si su hijo/a tiene seguro médico, El Centro de Salud Escolar está permitido facturar a su compañía de seguro, sin embargo, no hay copagos para usted, y usted no recibirá una cuenta

Los servicios incluyen:

- Exámenes físicos completos
- Medicinas y recetas a su farmacia
- Exámenes de laboratorio, Vacunas
- Servicios médicos, incluyendo tratamiento para condiciones urgentes o crónicas
- Servicios de la salud reproductiva apropiadas para la edad
- Educación de la salud
- Servicios de salud mental
- Exámenes de la vista, de los oídos, del asma, de la obesidad, y de otras condiciones médicas
- Acceso a servicios 24 horas al día, los 7 días de la semana

Para registrar su hijo/a para que reciban servicios médicos, un padre o un encargado debe **leer y firmar** los siguientes formularios.

- ☒ **Consentimiento de los Padres**
- ☒ **Formulario básico de historia de salud**
- ☒ **Consentimiento de la vacuna contra la influenza estacional (gripe) (Opcional)**

Por favor devuelva el formulario a su oficina, profesor, o directamente al Centro de Salud Escolar localizado en salón B8. Las horas son de lunes a viernes entre las 8:00am-4:00pm. Esperamos poder conocerle pronto y proporcionar los servicios médicos que su hijo/a requiere. Visítenos en el Centro de Salud Escolar o llámenos al 212-678-7372 para obtener más información.

Sinceramente,

Lydia Yeager, DNP, MSN, RN, CPNP-PC
Directora de Salud Escolar
Ryan Health

Valentine Hernandez, MPA
Director Ejecutivo
Ryan Health – Women and Children's

Lilit Suffet, Principal
Edward A. Reynolds West
Side High School

Ryan Health Centro de Escolar de Salud Consentimiento de los Padres

Su hijo/a puede recibir servicios en El Centro de Salud Escolar además de los servicios que ya recibe de su medico privado. Su firmar en este Consentimiento no cambia su plan de seguro medico, no cambia su doctor privado, y no afecta las cantidad de visitas a su medico privado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DE UNO DE LOS PADRES O TUTORES
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Mes Día Año Dirección del estudiante: _____ _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Grado: _____ Número de teléfono de estudiante: _____ Número de seguro social del estudiante (opcional): _____ Grupo étnico: ☐ Hispano ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Indígena estadounidense ☐ Asiático/Indígena del Pacífico ☐ Otro _____ ¿Quién es el medico principal del estudiante, si tiene un médico? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Indique la Farmacia donde podemos enviar recetas: Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____	Padres/ Guardián legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Padres/ Guardián legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Si es tutor legal, relación con el estudiante: ☐ Abuelo/Abuela ☐ Tía/Tío ☐ Padre/Madre de acogida ☐ Otro: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Contacto Adicional Para Casos de Emergencia Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____
INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	
¿Tiene su hijo/a Medicaid? ☐ No ☐ Sí: No. de identificación de Medicaid _____ ¿Tiene su hijo/a Child Health Plus? ☐ No ☐ Sí: No. de identificación de CHP _____ ¿Qué plan tiene? ☐ Affinity ☐ Fidelis ☐ Healthfirst ☐ Empire BC/BS Health Plus ☐ Emblem Health (HIP/GHI) ☐ Metro Plus ☐ WellCare ☐ United Healthcare	¿Tiene su hijo/a otro seguro de salud? ☐ No ☐ Sí, Plan de salud: _____ Identificación del miembro/Número de póliza: _____ Teléfono del seguro de salud: _____ Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿le gustaría que un representante te llames para ayudarlo a obtener un seguro de salud? ☐ No ☐ Si ¿Cuál es la mejor hora de comunicarse con usted? _____
Caja 1: AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA RECIBIR SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR	
Leí y entiendo los servicios enumerados en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar) y mi firma otorga Consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios proporcionados por el Ryan Health Centro Escolar de Salud. Por ley, no se requiere autorización de los padres' para conducir exámenes obligatorios, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, cuidados prenatales, servicios relacionados con comportamiento sexual y prevención del embarazo, y la provisión de servicios donde la salud del estudiante parece estar en riesgo. No se requiere la autorización de los padres' para los estudiantes mayores de 18 años, los que son padres de familia o los que están legalmente emancipados. Mi firma indica que recibí una copia del Aviso de Normas de Privacidad. Mi firma también autoriza que el Centro de Salud pude tener contacto con otros proveedores que hayan examinado a mi hijo/a.	
X _____ Firma del Padre/Tutor	_____ Fecha
Caja 2: AUTORIZACIÓN DE PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD	
Leí y comprendo la divulgación de Información médica en la página 2, caja 2 de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se divulgue información sobre la salud tal como se especifica en la caja 2 solamente.	
X _____ Firma del Padre/Tutor	_____ Fecha

Autorización De Padres Para Servicios Del Ryan Health Centro de Salud Escolar

CAJA 1. SERVICIOS DEL CENTRO ESCOLAR DE SALUD

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de atención médica a cargo de profesionales de salud licenciados por el Estado de Ryan Health como parte del programa escolar de salud aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que de conformidad con la ley, la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud quedará asegurada en las áreas específicas de servicio, y que a los alumnos se les motivará para que incorporen a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y cuidados médicos. Los servicios del Centro Escolar de Salud pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Servicios obligatorios escolares de salud, que comprenden: examen de la vista (incluidos lentes correctivos), oído, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis, y otros problemas de salud, primeros auxilios, y las vacunas requeridas y recomendadas.
2. Exámenes físicos minuciosos (examen médico completo) que incluyen aquellos concernientes a la escuela, los deportes, la documentación para obtener empleo y las nuevas inscripciones.
3. Exámenes médicos de laboratorio recetados, para situaciones médicas tales como anemia, enfermedad de células falciformes y diabetes.
4. Cuidados médicos y tratamientos que incluyen diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas y suministro y receta de medicamentos.
5. Servicios de salud mental que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.
6. Para los Estudiantes Adolescentes: Servicios para el cuidado de la salud relacionada con la reproducción, que incluye orientación sobre abstinencia, anticonceptivos (suministro de píldoras anticonceptivas, condones, la inyección *Depo-Provera*, entre otros métodos), prueba del embarazo, control y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente, análisis del VIH y recomendaciones ante resultados anormales, de acuerdo con la edad.
7. Educación y asesoramiento sobre la salud para la prevención de comportamientos de alto riesgo tales como: abuso de drogas, alcohol y tabaco, como también educación relacionada con la abstinencia en relaciones sexuales y prevención del embarazo, infecciones transmitidas sexualmente y el VIH, de acuerdo con la edad.
8. Exámenes dentales, entre ellos diagnóstico, tratamiento y amalgamas en caso de que estén disponibles.
9. Recomendaciones de servicios no proporcionados por el centro de salud escolar.
10. Cuestionario y encuesta anual sobre la salud

CAJA 2: DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK HOJA DE DATOS SOBRE LA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN DE SALUD AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información de salud. Las leyes federales y estatales de privacidad, podrían impedir la divulgación de esta información.

Al firmar este consentimiento, autorizo a que se entregue información de salud a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), ya sea porque lo requiera la ley o una disposición de la Canciller, o porque sea necesario proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si lo solicito, la entidad o persona que divulgue esta información médica debe proporcionarme una copia de este formulario. Por ley, los padres deben darle a la escuela cierta información, como por ejemplo, un certificado de vacunación. La negativa a entregar esta información podría traer como consecuencia que el estudiante sea excluido de la escuela.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se divulgue la información médica de mi hijo, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al Centro Escolar de Salud. Sin embargo, después de que la información haya sido divulgada, no es posible revocarla de manera retroactiva para proteger la información divulgada antes de la revocación.

Autorizo al Ryan Health Centro de Salud Escolar para que información médica específica del estudiante mencionado en el dorso de la página se le entregue a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).

Autorizo la divulgación de la información médica que figura a continuación del Centro Escolar de Salud al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York y del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York al Centro Escolar de Salud a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y cerciorarse de que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y seguridad de mi hijo. Comprendo que esta información permanecerá confidencial de acuerdo con la ley Federal y Estatal y las disposiciones de la Canciller sobre confidencialidad:

Información requerida por ley o por

Disposición de la Canciller pero no limitado a:

- 1) Examen de Nuevo Ingreso (Formulario CH-205)
- 2) Inmunizaciones
- 3) Resultados de exámenes de vista y oído
- 4) Resultados del examen de tuberculosis

Información para proteger la salud y la seguridad

- 1) Condiciones que pueden requerir emergencia incluyó enfermedad crónica
- 2) Condiciones que limitan la actividad diaria de un estudiante (formulario 103)
- 3) Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (**excluyendo la infección del VIH o enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales y protegidos por ley.**)
- 4) Cobertura del seguro médico
- 5) Inscripción en el Centro Escolar de Salud (SBHC)
- 6) Programa de Educación Individualizado (IEP)

Período de tiempo durante el cual se autoriza la divulgación de información:

Desde: Fecha en que se firma el formulario en la página opuesta

Hasta: Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el SBHC

NOTA: Este Formulario del Centro de Salud Escolar está aprobado por DOE/OSH

Ryan Health Centro de Escolar de Salud Formulario Básico de Historia de Salud

☐ Nuevo Registro

☐ Actualización de Registro

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nacionales de Origen(país de nacimiento) _____ Idioma Principal _____ Idioma Secundario _____

Salud de su hijo/a es importante su capacidad para funcionar bien en la escuela. Para ayudar al equipo de salud basado en la escuela de salud de su hijo/a en caso de emergencia, por favor complete esta encuesta.

Marque **Sí** o **No** y explique si **sí**.

Condiciones	Sí	NO	En caso afirmativo, explique brevemente
Problemas de audición o visión			¿Gafas? ☐ Sí ☐ No
Asma ☐ Intermitente ☐ Persistente (leve/moderado/gravo) Si su hijo toma medicamentos que deben tomarse durante el día escolar, por favor ven a ver el médico para discutir las formas que son necesarias tener en archivo.			Inhalador/Medicación:
Alergias a medicamentos/alimentos			Alérgenos (Reacciones): ¿EpiPen Prescrito? ☐ Sí ☐ No
Dificultades en el habla			
Drepanocitosis o rasgo			
Problemas de comportamiento			
Convulsiones			Medicación:
Problemas de salud mental			
Problemas de riñón			
Problemas cardíacos o soplos			
Diabetes			Medicación:
Historia familiar de enfermedad			Indican enfermedad y miembro de la familia:
Otras lesiones o problemas			
¿Su hijo/a siempre lleva alguna vez en el hospital?			Indicar el motive, fecha, y duración de la estancia:
¿Historia de varicela?			¿Qué edad?
¿Es su hijo tomando medicamentos ahora?			Incluir nombre, dosis y frecuencia:

Examen físico y la inmunización información:

Necesitamos prueba de un examen físico actual (dentro de los últimos 12 meses) y registro de vacunaciones en expediente médico de su hijo/a. Por favor elija entre las siguientes opciones:

☐ Sí, mi hijo/a tenía un físico en los últimos 12 meses
☐ He adjuntado una copia de este examen y el registro de la vacuna a esa forma
☐ Uno al Centro de Salud Base de Ryan Escuela proporcionará tan pronto como sea posible

☐ No, mi hijo/a no ha tenido un examen físico en los últimos 12 meses.
☐ Voy a hacer una cita con su proveedor de atención primaria y proporcionará el Centro de Salud Base Ryan Escuela una copia del examen y el registro de la vacuna tan pronto como sea posible
☐ Póngase en contacto conmigo para hacer una cita para mi hijo a hacerse un examen físico

Examen Dental Información:

☐ Sí, mi hijo/a tenía un examen dental en los últimos 12 meses: **Fecha** ____/____/____

☐ No, mi hijo/a no ha tenido un examen dental en los últimos 12 meses.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

RYAN HEALTH NETWORK

WILLIAM F. RYAN ♦ (CENTRO DE SALUD COMUNITARIO WILLIAM F. RYAN)
RYAN/CHELSEA-CLINTON ♦ (CENTRO DE SALUD COMUNITARIO RYAN/CHELSEA-CLINTON)
RYAN-NENA ♦ (CENTRO DE SALUD COMUNITARIO RYAN-NENA)
RYAN/ADAIR ♦ (CENTRO DE SALUD COMUNITARIO RYAN/ADAIR)
RYAN WOMEN & CHILDREN'S ♦ (CENTRO RYAN PARA MUJERES Y NIÑOS)
SCHOOL BASED HEALTH CLINICS (CENTRO DE SALUD ESCOLAR)

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Fecha de vigencia: 10/17/2017

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED SE PUEDE USAR Y DIVULGAR, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE.

La ley nos exige proteger la privacidad de la información sobre la salud que pueda revelar su identidad, y proporcionarle una copia de este aviso, el cual describe las prácticas de privacidad que atañen a la información sobre la salud aplicadas por nuestro grupo médico, su personal médico y los proveedores de atención médica afiliados, quienes conjuntamente prestan servicios de atención médica con nuestro grupo médico, incluyendo médicos y grupos de médicos que prestan servicios en nuestros centros. Siempre se colocará una copia de nuestro aviso actualizado en todos los puntos de registro y/o ingreso. Usted también podrá obtener sus propias copias, visitando nuestro sitio web en www.ryancenter.org

Todos los sitios: Jonathan Fried, Oficial de Privacidad (212-531-7568).

Ryan Women & Children's: Jenny Castro, Persona Designada (212-769-7270).

Ryan-NENA: Chaitali Baviskar, Persona Designada (212-477-8874).

Ryan/Adair: Rodney Grimes, Persona Designada (212-222-5210).

Ryan/Frederick-Douglass and CHO Sites:

Daniel Cintron, Persona Designada (212-316-8340).

Ryan/Chelsea-Clinton: Bernadette Bryant,). Persona Designada, Oficial de Privacidad. (212-484-5866).

QUÉ INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD ESTÁ PROTEGIDA

Estamos comprometidos a proteger la privacidad de la información que recopilamos sobre usted al prestarle servicios relacionados con su salud. Ejemplos de información protegida sobre la salud incluyen información que indique que usted es un paciente de Ryan Health Network o que recibe servicios relacionados con la salud en nuestros centros, información sobre su afección médica, información genética o información sobre sus beneficios de atención médica bajo un plan de seguro, cada una cuando se combina con información que permita identificarle, como por ejemplo su nombre, dirección, número de seguro social o número de teléfono.

REQUISITOS PARA LA AUTORIZACIÓN ESCRITA

En general, obtendremos su autorización por escrito antes de usar información sobre su salud o compartirla con otros fuera de Ryan Health Network. Hay ciertas situaciones en las que forzadamente debemos obtener su autorización por escrito antes de usar información sobre su salud o compartirla, inclusive:

Notas de psicoterapia. No podemos usar ni revelar sus notas de psicoterapia, de haberlas, sin su autorización por escrito.

Comercialización. No podemos revelar ninguna información sobre su salud para fines de comercialización si Ryan Health Network, o algún miembro de la misma, recibirá directa o indirectamente una remuneración financiera no razonablemente relacionada con lo que le cuesta a Ryan Health Network realizar la comunicación.

Venta de información protegida sobre la salud. No venderemos su información protegida sobre la salud a terceros. La venta de información protegida sobre la salud, sin embargo, no incluye la divulgación para fines de salud pública, para fines de investigación en la que nuestro grupo médico sea remunerado únicamente por nuestros costos de preparar y transmitir la información sobre la salud, para fines de tratamiento y pago, para la venta, transferencia, fusión o consolidación de la totalidad o una parte de nuestro grupo médico, para que un asociado comercial o su subcontratista realice funciones de atención médica en nombre de nuestro grupo médico, o para otros fines exigidos y/o permitidos por la ley.

No utilizaremos información sobre su salud para ningún otro tipo de uso o divulgación que no esté descrito en este Aviso sin primero haber obtenido su autorización por escrito para hacerlo.

Si nos proporciona su autorización por escrito, puede revocar esta en cualquier momento, excepto en la medida en que ya la hayamos utilizado. Para revocar una autorización por escrito, escriba a un Directivo de Privacidad de Ryan Health Network. También puede iniciar la transferencia de su expediente a otra persona, completando el formulario de autorización por escrito.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Hay algunas situaciones en las que no necesitamos su autorización por escrito antes de usar la información sobre su salud o compartirla con otros, incluyendo:

1. Tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Tratamiento. Podríamos compartir la información sobre su salud con médicos y enfermeras de Ryan Health Network que participen en su cuidado, y ellos a su vez podrían usar esa información para diagnosticarle o tratarle. Un médico de Ryan Health Network puede compartir información sobre su salud con otro médico para determinar cómo diagnosticarle o tratarle. Su médico también podría compartir información sobre su salud con otro médico al que usted haya sido remitido para que le brinde más atención médica.

Pago. Podríamos usar la información sobre su salud o compartirla con otros para que podamos obtener el pago por los servicios de atención médica que se le brinden. Por ejemplo, podríamos compartir información sobre usted con su compañía de seguro médico para poder obtener un reembolso después de haberle tratado. En algunos casos, podríamos compartir información sobre usted con su compañía de seguro médico para determinar si esta va a cubrir su tratamiento.

Operaciones de atención médica. Podríamos usar información sobre su salud o compartirla con otros para poder llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podríamos usar la información sobre su salud para evaluar el desempeño de nuestro personal a cargo de su cuidado, o para educar a nuestro personal respecto a cómo mejorar la atención médica que se le brinda.

2. Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento, beneficios y servicios. En el transcurso de proporcionarle tratamiento, podríamos usar la información sobre su salud para contactarle para recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento, servicios o resultados, o para poder recomendarle posibles alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran interesarle.

3. Asociados de negocios. Podríamos revelar información sobre su salud a contratistas, agentes y otros “asociados de negocios” que necesiten la información para poder asistirnos en la obtención de un pago o para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podríamos compartir información sobre su salud con una compañía de seguros, o podríamos compartir información sobre su salud con una compañía de contabilidad o un bufete de abogados que nos proporcione asesoría profesional. En caso de que revelemos información sobre su salud a un asociado de negocios, tendremos un contrato por escrito para asegurar que nuestro asociado de negocios también proteja la privacidad de la información sobre su salud. Si nuestro asociado de negocios revela información sobre su salud a un subcontratista o proveedor, el asociado de negocios tendrá un contrato por escrito para asegurar que el subcontratista o proveedor también proteja la privacidad de la información.

4. Amigos y familiares designados para participar en su cuidado. Si usted no se opone, podríamos compartir información sobre su salud con un familiar, pariente o amigo

personal suyo cercano que participe en su cuidado o en el pago por su cuidado, incluso después de que usted muera.

5. Comprobante de inmunización. Si una escuela está obligada por una ley estatal u otra ley a tener un comprobante de inmunización antes de admitir a un alumno, y un menor es alumno o futuro alumno de tal escuela, podríamos revelar a la escuela un comprobante de la inmunización del menor si uno de sus padres, su tutor, otra persona que actúe en lugar de los padres, o la persona, si es un adulto o un menor emancipado, nos autoriza a hacerlo, pero no necesitamos autorización por escrito.

6. Emergencias o necesidad pública.

Emergencias o como lo exija la ley. Podríamos usar o revelar información sobre su salud si usted necesita tratamiento de emergencia o si por ley estamos obligados a tratarle. Podríamos usar o revelar información sobre su salud si por ley se nos exige hacerlo, y le notificaremos de estos usos y revelaciones si por ley se nos exige darle aviso.

Actividades de salud pública. Podríamos revelar información sobre su salud a funcionarios de salud pública (o a un organismo gubernamental extranjero que colabore con tales funcionarios) para que puedan llevar a cabo sus actividades de salud pública conforme a la ley, como por ejemplo para controlar las enfermedades o los riesgos a la salud pública. Podríamos también revelar información sobre su salud a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o pueda estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad, si la ley nos lo permite. Por último, podríamos divulgar cierta información sobre su salud a su empleador si este nos contrata para hacerle a usted un examen físico y descubrimos que usted tiene una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo de la que deba enterarse su empleador para poder cumplir con las leyes laborales.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Podríamos divulgar información sobre su salud a una autoridad de salud pública autorizada para recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Actividades de supervisión de la salud. Podríamos divulgar información sobre su salud a organismos del gobierno autorizados para llevar a cabo auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestras instalaciones. Estos organismos gubernamentales monitorean el funcionamiento del sistema de atención médica, los programas de beneficios del gobierno como Medicare y Medicaid, y el cumplimiento de programas regulativos del gobierno y las leyes de derechos civiles.

Demandas y disputas. Podríamos revelar información sobre su salud si nos lo ordena un tribunal o un tribunal administrativo que esté a cargo de una demanda u otra disputa. Podríamos también revelar su información en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otra solicitud legítima por alguien más involucrado en la disputa, pero solamente si se obtiene una aprobación judicial o de otro tipo o la autorización necesaria.

Aplicación de la ley. Podríamos revelar información sobre su salud a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley por ciertos motivos, como por ejemplo para cumplir con mandatos judiciales, para asistir en la identificación de fugitivos o en la localización de personas extraviadas, si sospechamos que la muerte de usted se debió a un delito o, si fuera necesario, para informar de un delito que haya ocurrido en nuestra propiedad o fuera de nuestros centros en una emergencia médica.

Para evitar una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad. Podríamos usar información sobre su salud o compartirla con otros cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave o inminente a su salud o seguridad, o a la salud y seguridad de otra persona o el público. En tales casos, solamente compartiremos su información con alguien que pueda ayudar a evitar la amenaza. Podríamos también revelar información sobre su salud a oficiales de la ley si usted nos dice que participó en un delito violento que pueda haber causado un daño físico grave a otra persona (a menos que usted haya admitido ese hecho mientras estaba siendo asesorado) o si determinamos que usted se escapó de la custodia legal (como una prisión o una institución de salud mental).

Seguridad nacional y actividades de inteligencia o servicios de protección. Podríamos revelar información sobre su salud a funcionarios federales autorizados que lleven a cabo actividades de seguridad nacional e inteligencia, o que proporcionen servicios de protección al Presidente o a otros funcionarios importantes.

Militares y ex combatientes de guerra. Si usted está en las fuerzas armadas, podríamos revelar información sobre su salud a las autoridades correspondientes del comando militar para las actividades que ellas consideren necesarias para llevar a cabo su misión militar. Podríamos también divulgar información sobre la salud de personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

Presos e instituciones correccionales. Si usted está preso o es detenido por un oficial de la ley, podríamos revelar información sobre su salud a los directivos de la prisión o a oficiales de la ley si esto fuera necesario para brindarle atención médica, o para mantener la protección, seguridad y el buen orden en el lugar donde usted esté confinado. Esto incluye compartir la información necesaria para proteger la salud y seguridad de otros presos o de personas que participen en la supervisión o el transporte de presos.

Compensación a trabajadores. Podríamos revelar información sobre su salud a compensación a trabajadores o programas similares que proveen beneficios para lesiones relacionadas con el trabajo.

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias. En caso de que usted fallezca, podríamos revelar información sobre su salud a un juez de instrucción o a un médico forense. También podríamos divulgar esta información a directores de funerarias según sea necesario para que realicen sus funciones.

Donación de órganos y tejidos. En caso de que usted fallezca o su muerte sea inminente, podríamos revelar información sobre su salud a organizaciones que adquieren o almacenan órganos, ojos u otros tejidos para que las mismas puedan investigar si es posible hacer la donación o el trasplante conforme las leyes aplicables.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podríamos usar y revelar información sobre su salud para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación podría involucrar comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron cierto medicamento con las de otros que recibieron otro para la misma afección. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación

propuesto y el uso que este hará de información sobre la salud, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con la necesidad de privacidad de un paciente. Antes de que usemos o revelemos información sobre la salud para investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso especial de aprobación, aunque podríamos revelar información sobre su salud a personas que se estén preparando para llevar a cabo un proyecto de investigación. Por ejemplo, podríamos ayudar a investigadores potenciales a buscar a pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información sobre la salud que examinen no salga de nuestro centro. Casi siempre le pediremos a usted su permiso específico si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o participará en su cuidado.

7. Información completamente encubierta o parcialmente encubierta. Podríamos usar y revelar información sobre su salud si hemos borrado cierta información que pudiera identificarle, de modo que la información sobre su salud esté “completamente encubierta”. También podríamos usar y revelar información sobre su salud “parcialmente encubierta” si la persona que recibirá la información firma un acuerdo para proteger la privacidad de la información como lo exija la ley federal y estatal. La información sobre la salud parcialmente encubierta *no* contendrá ninguna información que le identificará a usted directamente (como su nombre, dirección, número de seguro social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de sitio web o número de licencia).

8. Divulgaciones incidentales. Si bien tomaremos las medidas razonables para proteger la privacidad de la información sobre su salud, podrían ocurrir ciertas divulgaciones de información sobre su salud durante o como consecuencia inevitable de nuestros usos o divulgaciones, de otro modo permisibles, de información sobre su salud. Por ejemplo, durante el transcurso de una sesión de tratamiento, otros pacientes que estén en la misma área de tratamiento podrían ver o escuchar aspectos de la información sobre su salud.

9. Recaudación de fondos. Podríamos usar o revelar su información, incluso su nombre, dirección u otra información de contacto, edad, sexo y fecha de nacimiento, fechas de la atención médica proporcionada a usted, información del departamento de servicio, el médico tratante, información sobre el resultado y el estatus del seguro médico, para fines de recaudación de fondos. Cada vez que usted reciba un comunicado relacionado con la recaudación de fondos, tendrá la oportunidad de excluirse de recibir más comunicados de recaudaciones de fondos. Asimismo, le brindaremos la oportunidad de volver a incluirse para recibir tales comunicados si usted así lo desea.

10. Patrocinador del plan. El plan de salud grupal o un emisor de seguros médicos o HMO con respecto a un plan de salud grupal podría revelar información sobre su salud al patrocinador del plan de salud grupal.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento y a hacer vigente en el futuro el aviso modificado o cambiado. Le notificaremos de todo cambio.

SUS DERECHOS A ACCEDER Y CONTROLAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Usted tiene los siguientes derechos para acceder y controlar la información sobre su salud:

1. **Derecho a inspeccionar y copiar expedientes.** Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia de cualquiera de la información sobre su salud que pudiera utilizarse para tomar decisiones sobre usted y su tratamiento durante todo el tiempo que mantengamos esta información en nuestros registros, incluyendo expedientes médicos y de facturación. Para inspeccionar u obtener una copia de la información sobre su salud, presente su solicitud por escrito ante el Directivo de Privacidad correspondiente. Si solicita una copia de la información, podríamos cobrarle un cargo por los costos de copiar y enviarle por correo la misma, o por otros materiales que utilicemos para cumplir con su solicitud. Si desea una copia electrónica de la información sobre su salud, le proporcionaremos una copia en la forma y el formato electrónico solicitado, siempre y cuando podamos producir fácilmente tal información en la forma solicitada. De lo contrario, cooperaremos con usted para proporcionarle una forma y formato electrónico legible según lo hayamos acordado. Podríamos cobrarle cargos adicionales por el trabajo que haya que hacer y por los materiales para proporcionarle la copia de la información sobre su salud en un formato electrónico. Este derecho no incluye el derecho a inspeccionar y copiar notas de psicoterapia, aunque podríamos, a solicitud suya y tras el pago del cargo aplicable, suministrarle un resumen de estas notas.
2. **Derecho a enmendar su expediente.** Durante el tiempo que mantengamos en nuestros registros información sobre su salud, usted puede solicitar que la información se enmiende si usted cree que la misma sea incorrecta o esté incompleta. Su solicitud debe incluir los motivos por los que usted cree que deberíamos hacer la enmienda solicitada. Si denegamos una parte o la totalidad de su solicitud, le proporcionaremos un aviso por escrito que explique los motivos de la denegación. Usted tendrá el derecho a que se incluya en su expediente cierta información relacionada con su enmienda solicitada. Su derecho a enmendar información sobre su salud no incluye el derecho a que se elimine o se borre información que obre en su expediente.
3. **Derecho a un informe de las divulgaciones.** Usted tiene el derecho a solicitar un “informe de las divulgaciones”, que es una lista de la información sobre cómo hemos compartido con otra información sobre su salud. Para hacer una solicitud de un informe de las divulgaciones, escriba al Directivo de Privacidad correspondiente. El periodo de tiempo máximo que su solicitud puede abarcar es de seis (6) años antes de la fecha de su solicitud. Usted tiene el derecho a presentar una solicitud cada periodo de 12 meses sin cargo alguno. Sin embargo, podríamos cobrarle por el costo de proporcionarle listas adicionales en ese mismo periodo de 12 meses.
4. **Derecho a recibir notificación de una violación.** Usted tiene el derecho a ser notificado si existe un compromiso probable de la información protegida sobre su salud no segura, dentro de un plazo de sesenta (60) días a partir del descubrimiento de la violación. La notificación incluirá una descripción de lo ocurrido, incluida la fecha, el tipo de información involucrado en la violación, las medidas que usted puede tomar para protegerse de posibles daños y perjuicios, una descripción breve de la investigación de la violación, la

mitigación de daños y perjuicios a usted y la protección contra violaciones futuras y los procedimientos de contacto para dar respuesta a sus preguntas.

5. **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho a solicitar que restrinjamos más la manera en que utilizamos y revelamos información sobre su salud para tratar su afección, cobrar el pago de ese tratamiento, realizar nuestras operaciones comerciales normales o revelar información sobre usted a sus familiares o amigos que participen en su cuidado. También tiene el derecho de solicitar que no se revele información sobre su salud a un plan de salud si usted ha pagado íntegramente por los servicios, y la divulgación no es exigida de otro modo por la ley. La solicitud de restricción solo será aplicable a ese servicio en particular. Usted tendrá que solicitar una restricción por cada servicio subsiguiente. Para solicitar restricciones, escriba al Directivo de Privacidad correspondiente. No estamos obligados a aceptar su solicitud de una restricción, y en ciertos casos la restricción que solicite podría no estar permitida por la ley. Sin embargo, si aceptamos su solicitud, estaremos obligados por nuestro acuerdo, a menos que la información sea necesaria para brindar tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley. Una vez que hayamos aceptado una restricción, usted tiene el derecho a revocar la restricción en cualquier momento. Bajo ciertas circunstancias, nosotros también tendremos el derecho a revocar la restricción, siempre y cuando se lo notifiquemos antes de hacerlo.

6. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho a solicitar que le contactemos acerca de sus cuestiones médicas de una manera más confidencial, como por ejemplo llamándole al trabajo en lugar de a su casa, si así lo notifica al asociado de registro que le asista. No le preguntaremos el motivo de su solicitud e intentaremos dar cabida a toda solicitud razonable.

7. **Derecho a que alguien más actúe por usted.** Usted tiene el derecho a nombrar a un representante personal que pueda actuar en nombre suyo para controlar la privacidad de la información sobre su salud. Los padres y tutores por lo general tienen el derecho a controlar la privacidad de la información sobre la salud de menores, a menos que la ley les permita a los menores actuar en nombre propio.

8. **Derecho a obtener una copia de los avisos.** Si está recibiendo este aviso de manera electrónica, usted tiene el derecho a recibir una copia impresa del mismo. Podríamos cambiar nuestras prácticas de privacidad de vez en cuando. Si lo hacemos, modificaremos este aviso y colocaremos todo aviso modificado en un lugar visible de nuestra área de registro y en nuestro sitio web.

9. **Derecho a presentar una queja.** Si usted cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nosotros llamando al Directivo de Privacidad correspondiente, o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Ryan Health Network no le denegará tratamiento ni tomará ninguna medida en contra suya por presentar una queja.

10. **Uso y divulgaciones donde puedan aplicarse protecciones especiales.** Ciertas clases de información, como por ejemplo información relacionada con el VIH, información sobre el abuso del alcohol y sustancias, información sobre la salud mental e información genética, se consideran tan sensibles que las leyes estatales y federales establecen

protecciones especiales para ellas. Por lo tanto, algunas partes de este Aviso de Prácticas de Privacidad general podrían no aplicarse a estos tipos de información. Si tiene preguntas o preocupaciones sobre las maneras en las que podrían usarse o

divulgarse estos tipos de información, hable con su proveedor de atención médica.

RYAN HEALTH NETWORK

ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT

By signing below, I acknowledge that I have been provided a copy of this Notice of Privacy Practices and have therefore been advised of how health information about me may be used and disclosed by the Ryan Health Network as listed at the beginning of this notice, and how I may obtain access to and control of this information. By signing below, I consent to the use and disclosure of my health information to treat me and arrange for my medical care, to seek and receive payment for services given to me, and for the business operations of the Ryan Health Network, its staff, and its business associates.

Signature of Patient or Personal Representative

Print Name of Patient or Personal Representative

Date

Description of Personal Representative's Authority

CONSENTIMIENTO DE VACUNA CONTRA LA INFLUENZA (GRIPE)

Estimado Padre o Guardián:

El Programa de Salud Basada en la Escuela de Ryan Health se complace en poder ofrecer la vacuna contra la gripe estacional (gripe) a cualquier estudiante que esté registrado en el Centro de Salud Escolar. Comenzaremos a administrar la vacuna contra la gripe tan pronto como recibamos el suministro de la vacuna. Su hijo llevará a casa una nota indicando qué vacuna (inyección o intranasal) recibió el día en que se administró. Si su hijo recibe la vacuna contra la gripe en otro lugar antes de recibirla en el Centro de Salud Escolar, notifiquenos inmediatamente para que no le demos una vacuna antigripal adicional. Si prefiere estar presente durante la vacunación, puede llamar a la clínica y programar una cita.

Lo que los padres necesitan saber:

La vacuna contra la gripe se actualiza cada año para combatir las diferentes cepas del virus de la gripe que la investigación indica que son más propensas a causar enfermedades durante la próxima temporada. El ACIP recomienda que todas las personas mayores de 6 meses reciban la vacuna contra la gripe estacional para prevenir enfermedades graves. La vacuna antigripal consiste en una serie de una o dos vacunas, dependiendo de la edad de su hijo y los antecedentes de vacunación anteriores contra la gripe. Los niños menores de 9 años deben recibir 2 vacunas, con 4 semanas de diferencia, si nunca han recibido la vacuna contra la gripe estacional antes. Los niños de 9 años en adelante y los niños que hayan recibido previamente dos dosis de vacuna antigripal solo necesitarán una dosis de la vacuna contra la gripe estacional.

Tenemos tanto la forma intranasal (nariz) como la forma de inyección de la vacuna contra la gripe estacional. El tipo de vacuna que su hijo recibe se basará en su historia clínica y suministro actual en el centro de salud basado en la escuela.

Lo que necesita hacer:

Si usted está interesado en que su hijo reciba la vacuna contra la gripe en el Centro de Salud Escolar de Ryan Chelsea-Clinton, complete el formulario de detección y consentimiento en el reverso de esta carta y pida a su hijo que la devuelva a su maestro o al Centro de Salud Escolar directamente. **No vacunaremos a su hijo a menos que hayamos firmado su consentimiento y es responsabilidad del padre/tutor notificar a RyanSaludsi hay alguna razón por la que NO debemos seguir administrando la vacuna contra la gripe después** de que se haya presentado este formulario de consentimiento. Si tiene alguna pregunta sobre las vacunas o la gripe, no dude en llamarnos en cualquier momento **212-678-7372..** También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York en www.nyc.gov/flu, habla con el proveedor de atención médica regular de su hijo o llamar al Center of Disease Control (CDC) al 1-800-232-4636.

Sinceramente,

Programa de Salud Escolar de Ryan

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Clase _____

Parte 1: Esta pregunta nos permite saber si debemos programar a su hijo para recibir la vacuna antigripal.		
1) ¿Desea que su hijo reciba la vacuna contra la gripe estacional del SBHC? PARA aquí si respondió "NO" a la pregunta anterior.	Sí	No
Parte 2: Estas preguntas nos dirán si es seguro que su hijo reciba la vacuna antigripal.		
3) ¿Su hijo ha tenido una mala reacción a una vacuna antigripal antes? En caso afirmativo, describa aquí:	Sí	No
4) ¿Su hijo tiene alergia a los huevos? En caso afirmativo, describa la gravedad de la reacción aquí:	Sí	No
5) ¿Ha tenido su hijo parálisis alguna vez (incapacidad para mover todo o parte del cuerpo) con Guillain-Barré ¿Síndrome (SGB)? En caso afirmativo, describa aquí:	Sí	No
Parte 3: Estas preguntas nos dirán si su hijo debe recibir una o dos dosis de la vacuna antigripal. <i>Si su hijo es menor de 9 años de edad y no ha recibido 2 dosis de la vacuna contra la gripe estacional antes de julio de 2021, tendrá que recibir una <u>segunda dosis</u> en 4 semanas.</i>		
6a) ¿Ha recibido su hijo alguna vez la vacuna contra la gripe estacional?	Sí	No
6b) En caso afirmativo a 4a : ¿Ha recibido su hijo al menos 2 dosis de la vacuna antigripal antes de julio de 2021?	Sí	No
Parte 4: Estos questions nos darán más información antes de administrar la vacuna antigripal. <i>Tenga en cuenta que el SBHC debe administrar la forma de inyección (inyección) de la vacuna antigripal si responde "sí" a cualquiera de las siguientes preguntas.</i>		
7) ¿Su hijo tiene alguno de los siguientes (círculo): enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad renal, diabetes o anemia?	Sí	No
8) ¿Ha utilizado su hijo un inhalador o nebulizador de albuterol para el tratamiento de la tos o sibilancias en el pasado ¿12 meses? Si es así, ¿cuándo fue la última vez que lo usaron? (fecha): ____/____/____	Sí	No
9) ¿Su hijo tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA u otros problemas de sangre o del sistema inmunitario?	Sí	No
10) ¿Su hijo ha tomado esteroides, medicamentos antivirales, medicamentos contra el cáncer o ha tenido tratamiento oncológico con rayos X o tratamientos de radiación en los últimos tres meses?	Sí	No
11) ¿Su hijo ha recibido una transfusión de hemola o se le ha administrado un medicamento llamado globulina inmune (gamma) en el último año?	Sí	No
12) ¿Su hijo está tomando regularmente medicamentos que contienen aspirina?	Sí	No
13) ¿Tu hijo tiene contacto cercano con alguien gravemente inmunocomprometido (como alguien en una unidad de trasplante de médula ósea de un hospital)?	Sí	No
14) ¿Tu hijo tiene trastornos musculares o nerviosos (como trastornos convulsivos o parálisis cerebral) que han llevado a problemas respiratorios o de deglución?	Sí	No
15) ¿Su hijo ha recibido una vacuna viva (MMR, Varicella, FluMist) en el último mes? Si es así, ¿cuándo se administró la vacuna? (fecha): ____/____/____	Sí	No

Tenga cuenta que es responsabilidad del padre o tutor llamar al centro de salud escolar al **212-678-7372**, para si hay alguna razón por la que no debemos seguir administrando la vacuna antigripal después de que este formulario de consentimiento ha sido entregado. Llámenos si:

- Su hijo recibió la vacuna contra la gripe del pediatra de su familia o de otra clínica entre entregar el formulario de consentimiento y la fecha de administración programada de la vacuna
- Su hijo se siente enfermo antes y/o el día programado de la administración de la vacuna (comprobamos la temperatura de cada niño antes de la vacunación y aplazaremos la vacunación si procede)
- Si hay alguna otra razón por la que le gustaría retirar su consentimiento

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo en que he leído la Declaración de Información sobre Vacunas y quiero que mi hijo reciba la vacuna antigripal en el Centro de Salud Basado en la Escuela.

*** **Firma** del padre o encargado: _____

Fecha: ____/____/____

Escriba el nombre del padre o encargado: _____

Número Teléfono: _____

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA

Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): *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 empeorarlo.

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 vómito 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

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 contra la 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 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:

- 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**.
- Alguna vez ha tenido el **síndrome de Guillain-Barré** (también llamado SGB).

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

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

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.



4**Riesgos de una reacción a la vacuna**

- Puede presentarse dolor, enrojecimiento e hinchazón donde se aplica la inyección, fiebre, dolores musculares y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Puede haber un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el síndrome de Guillain-Barré (SGB) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben la vacuna contra la gripe junto con la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP al mismo tiempo pueden tener un poco más de probabilidades de tener una convulsión causada por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si un niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido convulsiones alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otro daño 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 al 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)
Inactivated Influenza Vaccine Spanish



Office use only

8/15/2019 | 42 U.S.C. § 300aa-26

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.

Translation provided by the Immunization Action Coalition

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

8/15/2019 | 42 U.S.C. § 300aa-26