



Setti D. Warren
Mayor

HEALTH AND HUMAN SERVICES DEPARTMENT

1000 Commonwealth Ave.
Newton, MA 02459

Telephone 617.796.1420 Fax 617.552.7063
TDD/TTY 617.796.1089



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Septiembre 2016

Estimados padres/ tutores:

El Departamento de Sanidad y Servicios Humanos (*The Health and Human Services Department*) se complace en ofrecer de nuevo la vacuna contra la influenza a todos los estudiantes de Newton, desde el kindergarten hasta el 12^o grado.

La vacuna contra la gripe se administrará durante el día escolar sin costo alguno a las familias. De nuevo, este año el programa de la vacuna contra la influenza es gratis ya que el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH) está proporcionando la vacuna para los estudiantes, pero les estamos pidiendo la información de su seguro médico para ayudar a recuperar los gastos por administrar la vacuna. El MDPH está proporcionando a nuestros estudiantes Flucelvax, una vacuna contra la influenza a base de células, tetravalente.

Este año no se ofrecerá la vacuna intranasala, FluMist, a raíz de las recomendaciones actualizadas del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)

Habrá clínicas en cada escuela pública de Newton empezando hacia finales de septiembre hasta mediados de noviembre. Las fechas específicas de las clínicas en cada escuela se anunciarán en la escuela y se publicarán en el www.newtonma.gov/flu

Para inscribir a su hijo han de devolver dos formularios a la enfermera escolar a más tardar dos (2) días antes de la clínica en su escuela:

1. **Formulario de consentimiento/ revisión**
 2. **Formulario de información del seguro médico del estudiante para la vacuna contra la gripe y constancia de la administración de la vacuna**
- Los formularios están disponibles en línea en el www.newtonma.gov/flu o la oficina de la enfermera escolar.
 - Los estudiantes que no estén inscritos no recibirán la vacuna.
 - La información sobre la vacuna contra la gripe, incluyendo los riesgos y beneficios, se encuentra en la Declaración de información sobre la vacuna, publicado en el www.newtonma.gov/flu Las enfermeras escolares también tienen información y pueden contestar cualquier pregunta que tengan.
 - El CDC recomienda la vacuna para todos empezando a los 6 meses de edad.

Cada año los niños están a riesgo de desarrollar complicaciones graves como consecuencia de la influenza. La vacuna contra la influenza es una de las mejores formas de proteger a los niños de contraer la influenza. Esperamos que se aprovechen de este importante programa de prevención. Por favor, hablen con su enfermera escolar si tienen cualquier pregunta sobre la vacuna contra la influenza o los cambios al programa este año

Sincerely,

Ruth Hoshino, RN
Directora de servicios de la salud escolares

David Fleishman
Superintendente de las escuelas



Setti Warren
Mayor

Health & Human Services Department

1000 Commonwealth Ave Newton, MA 02459
Telephone 617.796.1420 Fax 617.552.7063 TDD/TTY 617.796.1089



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Formulario de consentimiento y revisión para la vacuna contra la gripe 2016-2017

Apellido del niño	Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo: V H
Apellido del padre/tutor legal	Nombre del padre/ tutor legal		Teléfono diurno del padre/ tutor legal	
Nombre de la escuela	Maestra (Kinder al 5º grado) O Equipo (6º a 8º grado) Deje en blanco para los de 9º a 12º grado		Grado	

Conteste las preguntas de revisión y firme

	Sí	No
1. ¿Alguna vez en el pasado su hijo ha sufrido una reacción seria a una vacuna contra la gripe?		
2. ¿Alguna vez su hijo ha padecido de síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular grave y temporal) después de ponerle la vacuna contra la gripe?		

Al contestar "SI" a cualquiera de estas preguntas su hijo no puede recibir la vacuna contra la gripe en la escuela. Si no está seguro de las contestaciones, comuníquese con el médico de su hijo.

He leído la Declaración de información sobre la vacuna del 2016—2017 para la vacuna contra la gripe y entiendo los riesgos y beneficios.

Doy mi consentimiento para que se le vacune a mi hijo con esta vacuna.

FIRMA DEL PADRE/ TUTOR LEGAL

Fecha: _____

Para los niños de 6 meses a 8 años de edad:

Los niños de esta edad han de recibir 2 dosis de la vacuna contra la influenza 2016-2017 con al menos un intervalo de 4 semanas, salvo en caso de haber recibido al menos 2 dosis de la vacuna contra la influenza temporal antes del 1 de julio 2016.

Comuníquese con el médico de su hijo
para ponerle la segunda dosis o visite el:
www.newtonma.gov/flu
para información sobre otras clínicas.

La ley de Massachusetts (M.G.L. c. 111, Sección 24M) requiere que los proveedores registren la información de las inmunizaciones en un registro computarizado de inmunizaciones conocido como el **Massachusetts Immunization Information System (MIIS)** [El sistema de información de las inmunizaciones de Massachusetts]. El MIIS archiva los records de las inmunizaciones para usted y su proveedor de atenciones médicas y puede ayudar a prevenir brotes de enfermedades tales como el sarampión y la gripe. Toda la información archivada en el MIIS es confidencial y se mantiene segura. El MIIS permite que la información se comparta entre los proveedores de atenciones médicas, las enfermeras escolares, las juntas locales de la sanidad y las agencias estatales concernientes con las inmunizaciones. Usted tiene el derecho de objetar a que su información se comparta entre los proveedores del MIIS. Para más información, por favor pídasela a su proveedor de atenciones médicas, visite el sitio web del MIIS en el www.mass.gov/dph/miis o comuníquese directamente con el Programa de inmunizaciones de Massachusetts

Formulario de información del seguro médico del estudiante para la vacuna contra la gripe y constancia de la administración de la vacuna 2016-2017

Se requiere que este formulario sea rellenado para cada recipiente de una vacuna. Si no tiene la información del seguro disponible, por favor rellene cuanto más pueda con la información que tenga a mano.

Información de la persona que va a recibir la vacuna (en letra de molde, por favor): **Casilla obligatoria*

Nombre: (apellido, nombre, inicial) *	Fecha de nacimiento: * _____ Mes Día Año	Edad*	Sexo: (circule uno) Varón Hembra
Dirección *			
Ciudad: *	Estado: *	Código postal:*	Teléfono: * ()

Información del seguro: *Incluya el número completo de identificación del asegurado y cualquier letra que sea parte del número.*

Nombre de la compañía de seguros: *	Nº. de identificación del asegurado: *	Nº de identificación del grupo (de estar disponible)
-------------------------------------	--	--

Si la persona a quien se le va a vacunar no es el asegurado, rellene la siguiente información:

Nombre del asegurado: (apellido, nombre, inicial) *	Fecha de nacimiento del asegurado: * _____ Mes Día Año	Sexo: (circule uno) Varón Hembra
Dirección del asegurado * (En caso de ser diferente a la anterior)		
Ciudad:*	Estado*	Código postal:*
Teléfono: * ()		
Parentesco del paciente con el asegurado (circule) * Esposo Hijo Otro		

Para los niños de 18 años y menores:

Es elegible para el programa <i>Vaccine for Children (VFC)</i>: ☐ Está inscrito en Medicaid (de estar inscrito a través de Medicaid, incluye MassHealth y HMOs etc.) ☐ No tiene seguro médico ☐ Es indígena americano (nativo americano) o nativo de Alaska No es elegible para el VFC: ☐ Tiene seguro médico y no es indígena americano (nativo americano) o nativo de Alaska.

Doy permiso para facturar a mi compañía de seguros.

X _____ Fecha: _____
(Firma del paciente, padre o tutor legal)

For Clinic/Office Use Only:

Signature of Vaccine Administrator: _____

Date of Service	Vax Type	Vaccine Mfrgr	Lot No	Exp Date	Dose (mL)	State Supplied	Preserv Free	Injection Route	Injection Site (Circle)	Date On VIS	Date VIS Given
	Flucelvax (ccIV4)	Seqirus				Yes	Yes	IM	R Arm L Arm	8/7/15	