



OFFICE OF COUNTY MAYOR

Knox County Health Department
140 Dameron Avenue, Knoxville, TN 37917-6413

Knoxville, 28 de julio de 2017

Estimado padre de familia:

Por 13° año, el Departamento de Salud del Condado de Knox (KCHD) ofrecerá vacunas contra la influenza (Flu, gripe) a niños de seis meses a 18 años de edad en las escuelas del condado de Knox. **Este año**, por recomendación del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), **se ofrecerá solo la vacuna inyectable**. Es importante recordar que la vacuna contra la influenza ayuda a:

- Reducir el número de casos
- Disminuir la transmisión de la influenza
- Mantener a los niños en la escuela y saludables a las familias

No se vacunará a ningún niño si no recibimos su formulario de consentimiento completamente lleno y firmado. El formulario se puede llenar en línea en www.knoxcounty.org/health/schoolflu. Si usted desea puede llenar el formulario a mano, disponible en las escuelas o lo puede imprimir de la página web arriba mencionada. Asegúrese de llenarlo completamente, firmarlo y enviarlo, ya sea por internet o llevarlo de regreso esta semana al profesor de su hijo.

Asegúrese por favor de llenar la información sobre seguro médico en el formulario de consentimiento. Tener o no tener seguro médico no será razón que impida vacunar a su hijo. Si usted no tiene seguro médico, marque "no tengo seguro". Si usted tiene seguro médico, KCHD enviará la cuenta a su seguro para ayudar a que este programa pueda continuar. Sepa que:

- Esta vacuna no le costará nada a usted
- No se le enviará una cuenta
- Usted no tendrá que dar un copago

Sírvase mirar la página de internet de KCHD (www.knoxcounty.org/health/schoolflu) o la página de su escuela, para ver las fechas y horas de vacunación en la escuela. Si su hijo está ausente durante la vacunación en su escuela, puede llamar al KCHD al 865-215-5500 y hacer una cita para vacunar gratis a su hijo en una de nuestras clínicas. Los niños menores de nueve años que no hayan recibido al menos dos dosis de vacuna contra la influenza, necesitarán dos (2) dosis de la vacuna, con al menos 28 días de separación entre cada una. Si ese es el caso de su hijo, regresaremos a la escuela para darle la segunda dosis.

Le pedimos firmemente que por favor reciba la vacuna contra la influenza para ayudar a mantener saludable a toda la comunidad. Si usted tiene preguntas sobre la vacuna contra la influenza, llame a la oficina de su doctor, llámenos al 865-215-5150 o visite <http://espanol.cdc.gov/enes/flu/index.htm> o www.knoxcounty.org/health/schoolflu.

Atentamente,

Martha Buchanan, MD
Director and Public Health Officer

Kelly Cooper, MD, MPH
Director, Clinical Services



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE,
VACUNA INFLUENZA 2017.**
USE LETRA DE IMPRENTA – Llene todo el formulario

Official Use Only	Vaccine Source: VFC	KCHD	
	Vaccine Naïve: No	Yes	
	Vaccine Type: IIV: 6-35m	36m+	48m+
		Phase 1	Phase 2

Nombre del estudiante: _____ I: _____ Apellido(s): _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: _____-_____-_____

Escuela: _____ Maestro de aula: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Sexo: Masculino Femenino Idioma que usa a diario: _____ Hispano: Si No

Raza: Blanco Negro Asiático Indio Americano Nativo de Alaska Otro: _____

Seguro principal (Elija uno): CoverKids TennCare Seguro privado No tiene seguro

Nombre del seguro principal: _____ ID del usuario: _____ N° del grupo: _____

Dirección del seguro o P.O. Box: _____ Código postal: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el estudiante: _____ Fecha nac. del asegurado: _____

Seguro secundario (Elija uno): CoverKids TennCare Seguro privado No tiene seguro

Nombre del seguro secundario: _____ ID del usuario: _____ N° del grupo: _____

Dirección del seguro o P.O. Box: _____ Código postal del seguro: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el estudiante: _____ Fecha nac.: _____

Favor de contestar SI o No a <u>todas</u> las preguntas. Se refieren a la persona que va a recibir la vacuna.	Encierre en un círculo las respuestas	
	Si	No
** Esta vacuna contra la influenza (Flu) se da por inyección **		
1. ¿Ha recibido su hijo al menos 2 dosis de la vacuna contra la INFLUENZA (Flu, gripe) alguna vez? Si no está seguro, marque No.		
2. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción alérgica grave (potencialmente mortal) a la vacuna contra la influenza, como silbido asmático o problemas para respirar? Si marca sí, ¿cuál fue la reacción a la vacuna?		
3. ¿Es su hijo alérgico al huevo? Si es sí, describa la reacción:		
4. ¿Ha tenido su hijo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?		
5. ¿Se desmaya su hijo cuando recibe una vacuna?		

Consentimiento para la administración de la vacuna contra la Influenza a la persona mencionada arriba: He leído la información acerca de la vacuna y las precauciones especiales en la hoja informativa. He tenido oportunidad de hacer preguntas acerca de la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y consiento voluntariamente que se vacune a la persona mencionada arriba, de la cual soy padre, madre o tutor legal, y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre el éxito de la vacuna. Por este medio libero al gobierno del condado de Knox, a sus afiliados, empleados, directores y oficiales, de cualquier y toda responsabilidad que surja de cualquier accidente, acto de omisión o comisión durante la vacunación. Este consentimiento da permiso al Departamento de Salud del Condado de Knox a facturar a la compañía de seguros por los servicios prestados. Este formulario de consentimiento es válido por 6 meses desde la fecha de la firma inicial.

Si desea una copia de la Hoja de información sobre vacunas, visite http://www.immunize.org/vis/spanish_flu_inactive.pdf
COMENTARIOS DEL PADRE DE FAMILIA:

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____ Relación con el estudiante: _____

Teléfono principal: (_____) _____ - _____ Teléfono de emergencia: (_____) _____ - _____

<p>Official Use Only Place Phase 1 Nursing Record Sticker Here Align with right side of this box</p>	<p>Official Use Only Place Phase 2 Nursing Record Sticker Here Align with left side of this box</p>
--	---