



Estimados padres de familia,

Los doctores recomiendan que todos los niños de los 6 meses hasta los 18 años de edad sean vacunados en contra de la gripe (el flu) cada año.

El Departamento de Salud de Nuevo México está trabajando en colaboración con la escuela de su niño para **dar a los niños la vacuna en su misma escuela**, para que usted no tenga que faltar al trabajo.

- FluMist® se aplica en la nariz en forma de rocío y no se inyecta.
- A los niños les gusta el rocío porque no hay inyección, es rápida, es fácil y no les duele.
- Los niños que no pueden recibir la vacuna FluMist® por razones médicas deben de recibir la vacuna por medio de una inyección.
- Algunas escuelas ofrecerán ambos tipos de vacunas – por favor contacte a su escuela. De otra manera, puede llevar a su niño a su doctor.
- Si su niño no puede recibir la vacuna en contra de la gripe con su doctor, puede llevarlo a su Oficina de Salud Pública local para que la reciba.

Después de que hayan ustedes llenado el formulario y lo hayan regresado a la escuela, la enfermera escolar determinará si a su niño se le puede aplicar FluMist® basándose en las preguntas sobre la salud de su niño que aparecen en el formulario. *Los niños con asma, o que han tenido problemas de salud por largo tiempo, como enfermedad del corazón, riñones o hígado; enfermedad de los pulmones, diabetes; anemia, parálisis cerebral infantil, convulsiones, o personas con un sistema inmunitario debilitado **deben de recibir la vacuna inyectada contra la gripe.***

La vacuna FluMist® que se aplica en la escuela es **GRATUITA**. **Algunos niños menores de 9 años de edad pueden necesitar dos dosis de la vacuna contra la gripe** durante la temporada 2011 – 2012. **Algunos niños necesitarán únicamente una. La enfermera de su escuela le ayudará a determinar cuántas dosis necesita su niño.** Los niños de 9 años de edad o mayores necesitan únicamente una dosis. Es posible que organicemos una segunda clínica escolar en el futuro para aquellos niños menores de 9 años que necesitan una segunda dosis.

Si usted quiere que su niño reciba la vacuna contra la gripe, por favor **llene y firme** el formulario que se anexa y **regréselo a la enfermera escolar tan pronto como sea posible. Es muy importante completar toda la información de la parte de arriba del formulario, incluyendo la información de su seguro médico.**

¡Juntos conservemos a nuestros niños y a nuestras escuelas sanas y sin gripe!

**Si usted tiene preguntas sobre la gripe o la vacuna, por favor llame a:
Línea telefónica gratuita sobre las vacunas y la gripe de NM: 1-866-681-5872**



VACUNA CONTRA LA GRIPE DE LA TEMPORADA (FLU)

SKIPP 2011-12

(Nombre de la escuela)
Los formularios deben de terminarse de llenar completamente

Permiso de los padres de familia o guardianes

Por favor regrese este formulario a la enfermera de la escuela únicamente si desea que se aplique la vacuna en la escuela.

Apellido del estudiante: Nombre: Segundo nombre: Género: M F
Dirección postal: Ciudad: Área postal: Teléfono en el día:
Fecha de nacimiento: Edad: Año (grado): Maestro: # de ID del estudiante:
Nombre de soltera de la madre:

Raza: Africo-americano Indio Am Asiático Blanco Otro Etnia: Hispánico No-Hispánico

SEGURO DE SALUD

Por favor marque la categoría apropiada (Se requiere):

- No tenemos seguro de salud
Indio Americano
Medicaid/Salud - por favor marque el espacio cerca de su plan:
Blue Salud Molina Salud
Lovelace Salud Presbyterian Salud
Medicaid Otro

Seguro privado/Comercial (Se requiere):

- Blue Cross Blue Shield
Lovelace
Presbyterian
United Healthcare
Other: (indique el nombre de la compañía)

Medicaid Salud # Póliza #

- ¿Su niño tiene alguna de las siguientes enfermedades? (Marque todo lo que aplique) Síndrome de Guillain-Barré
Asma Diabetes Enfermedad pulmonar Enfermedad del riñón Enfermedad del hígado
Anemia Convulsiones Parálisis cerebral infantil Enfermedad del corazón Sistema inmunitario débil
¿Su niño es alérgico a los huevos, sulfato de gentamicina, neomicina, gelatina, o MSG?
¿Ha tenido alguna reacción grave a la vacuna en contra de la gripe en el pasado?
a. ¿Está tomando aspirina como terapia a largo plazo?
¿Ha recibido una vacuna contra la gripe antes?
Si sí la ha recibido, ¿ha recibido cuando menos dos dosis de la vacuna contra la gripe en años anteriores?
¿Ha recibido su niño otras vacunas en las pasadas 4 semanas?
Si las ha recibido, ¿cuáles fueron? Fecha en que se las aplicaron:

Se me ha dado una copia que he leído, o se me ha explicado, la declaración que contiene este formulario respecto a la vacuna y sobre la vacuna en contra de la gripe. Yo he entendido los beneficios y los riesgos de la vacuna en contra de la gripe y les pido que esa vacuna se aplique a la persona que menciono arriba y para la cual tengo autorización de pedir esto. Si la persona para la que estoy autorizada a pedir que se le aplique la vacuna tiene menos de 9 años de edad y no ha recibido una o más dosis de vacuna contra la gripe en toda su vida, también pido que se le dé una segunda dosis de vacuna contra la gripe. También autorizo que la información sobre la vacunación sea registrada en el sistema de Información sobre las Vacunas de Nuevo México (NMSIIS por sus siglas en inglés), y que sea compartida con otras agencias médicas para evitar que se le vacune sin necesidad o para que se sepa su estado de vacunación.

Yo me pondré en contacto con la enfermera de la escuela para retirar este permiso si mi niño se vacuna antes de la fecha de la clínica escolar.

Firma del padre de familia/guardián legal Fecha

Escriba en letra de molde el nombre del padre/guardián legal

FOR CLINIC USE (This section must be completed by the medical provider)

Based on the screening questions above, this child may receive: FluMist® Injectable Flu Vaccine

Table with 3 columns: VFC Clinic ID#, NMSIIS entry completed, Dose #2 (if needed). Rows include Date vaccinated, VACCINE (FluMist®, TIV), Lot #, Site of administration (Intranasal, RD, LD), and Provider signature/co-signature. Includes VIS date: 2011-2012.