



**Parent Consent form
MUST BE RETURNED BY
Friday 9/27**

Dear Parent or Guardian,

Working with Central York School District, Health Hero PA is excited to kick off our 2019 School located influenza vaccination clinics. Flu is among the top vaccine-preventable illnesses. Per the CDC, 25 to 50 million cases are reported each year in the United States. They lead to hundreds of thousands of hospitalizations and tens of thousands of deaths! Schools are virus incubators, and school children are efficient virus spreaders - they have the highest rates of infection.

Our Health Hero program is a voluntary flu vaccination at school program that prevents the disease and reduces student absenteeism. The program has been safely immunizing children for years. This school year, an estimated half a million-school children will be immunized via this program.

To help you keep your child well Health Hero will be providing quadrivalent Injectable flu vaccinations on **Tuesday October 1st** at the Central York School District. Please consider having your child vaccinated, help them become a Health Hero, and help us stop the spread of the flu in your school and homes.

- Our clinics are safe: a doctor oversees the program and only licensed professionals give the immunizations.
- Our clinics have no out of pocket costs: We immunize every healthy child that returns a signed consent form from their parent or guardian.

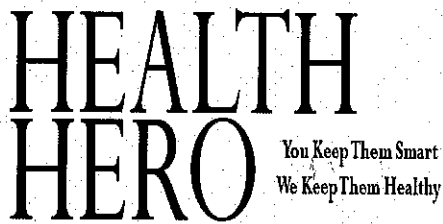
To take part in the Health Hero Program, please completely fill out, sign, and return the attached consent form to the school. Once your student is vaccinated they will receive immunization paperwork for your records.

If you have any questions we encourage you to visit the CDC website at www.cdc.gov/flu, Health Hero at www.HealthHeroUSA.com or contact us at PA@HealthHeroUSA.com.

Sincerely,

The Health Hero Team

Health Hero PA, LLC
PA@HealthHeroUSA.com
484-667-3382



**Formulario de consentimiento
de los padres**

DEBE SER DEVUELTO POR

Viernes 9/27

Estimado padre o tutor,

Trabajando con el Distrito Escolar de Central York, Health Hero PA está emocionada de dar inicio a nuestras clínicas de vacunación contra la gripe ubicadas en la escuela 2019. La gripe es una de las principales enfermedades prevenibles por vacunación. Según los CDC, se informan de 25 a 50 millones de casos cada año en los Estados Unidos. Ellos llevan a cientos de miles de hospitalizaciones y decenas de miles de muertes! Las escuelas son incubadoras de virus, y los niños de la escuela son dispersores de virus eficientes - tienen las tasas más altas de infección. Nuestro programa Health Hero es una vacuna voluntaria contra la gripe en el programa escolar que previene la enfermedad y reduce el absentismo estudiantil. El programa ha estado inmunizando con seguridad a los niños durante años. Este año escolar, se estima que un medio millón de niños de la escuela serán vacunados a través de este programa.

Para ayudarle a mantener bien a su hijo Health Hero proporcionará vacunas contra la gripe quadivalent inyectable el martes 1st de octubre en el Distrito Escolar de Central York. Por favor, considere la vacunación de su hijo, ayúdeles a convertirse en un Héroe de la Salud y ayúdenos a detener la propagación de la gripe en su escuela y en sus hogares.

- Nuestras clínicas son seguras: un médico supervisa el programa y sólo profesionales licenciados dan las vacunas.
- Nuestras clínicas no tienen costos de bolsillo: Inmunizamos a todos los niños sanos que devuelvan un formulario de consentimiento firmado de sus padres o tutores.

Para participar en el Programa de Heroes de Salud, por favor complete completamente, firme y devuelva el formulario de consentimiento adjunto a la escuela. Una vez que su estudiante sea vacunado recibirán papeleo de inmunización para sus registros.

Si tiene alguna pregunta, le recomendamos que visite el sitio web de los CDC en www.cdc.gov/flu, Health Hero en www.HealthHeroUSA.com o comuníquese con nosotros a PA@HealthHeroUSA.com.

Sinceramente,
El Equipo de Héroe de la Salud

Health Hero PA, LLC
PA@HealthHeroUSA.com
484-667-3382

Flu Vaccine Consent Form 2019-2020



School Name: _____

Clinic Date: _____

PLEASE COMPLETE ALL OF THE INFORMATION BELOW - Please print using ink (Incomplete forms will not be accepted)

FIRST NAME of Student:										LAST NAME of Student:																			
Gender: Male Female					Birthdate: (mo,day,yr)					Age					Homeroom Teacher / Grade														
Address																				Home Phone # () -					Cell Phone # () -				
City										Zip Code					State					Student Race: (Circle one) African American / Black White Alaskan/ Native American Asian Hispanic Non-Hispanic Hawaiian / Pacific Islander Other :									
Email address:																													

The current health care laws require us to bill your insurance company for the vaccine. The service is offered at no cost to you. Answers are always confidential.

Please check the appropriate box and completely fill out the following questions pertaining to your child's Health Insurance:

<input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/> My child does NOT have health insurance <input type="checkbox"/> Medicaid										Insurance Company:									
PA Medicaid: (Aetna Better Health, AmeriHealth Caritas, Gateway, Geisinger, Health Partners, Keystone First, United Healthcare Community Plan, UPMC.)																			
Policy Holder's First Name:										Policy Holder's Last Name:									
Member ID:										Policy Holder's Date of Birth: (mo,day,yr)									

CHECK YES OR NO FOR EACH QUESTION

YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Has your child ever had a life-threatening reaction(s) to the flu vaccine in the past?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Has your child ever had Guillain-Barre' syndrome?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Does your child have an allergy to eggs?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Does your child have a blood disorder such as hemophilia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Will this be the first time your child has ever received a flu vaccination?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. If available for the 2020-21 school year, would you prefer to have Flumist?

IF YOU HAVE ANY HEALTH QUESTIONS, PLEASE CONTACT YOUR CHILD'S PEDIATRICIAN OR CALL US AT 484-667-3382 TO SPEAK TO A REPRESENTATIVE.

I have read the information about the vaccine and special precautions on the Vaccine Information Sheet. I am aware that I can locate the most current Vaccine Information Statement and other information at www.immunize.org or www.cdc.gov. I have had an opportunity to ask questions regarding the vaccine and understand the risks and benefits. I request and voluntarily consent for the vaccine to be given to the person listed above of whom I am the parent or legal guardian and having legal authority to make medical decisions on their behalf. I acknowledge no guarantees have been made concerning the vaccine's success. I hereby release the school system, Health Hero of PA, LLC & subsidiaries, affiliated schools of nursing, their directors and employees from any and all liability arising from any accident or act of omission, which arises during vaccination. I understand this consent is valid for 6 months and that I will make the school aware of any health changes prior to the vaccination clinic date. Clinic dates can be obtained from the school. I understand that the health related information on this form will be used for insurance billing purposes and your privacy will be protected.

Printed Name of Parent/Guardian _____

Signature of Parent/Guardian _____

Date _____

VIS CDC IIV 08/07/2015

LOT Number: _____

RN # _____

IIV MANUFACTURER

EXP Date: _____

Date: _____

AREA FOR OFFICIAL ADMINISTRATION USE ONLY

Health Hero of PA

484-667-3382

pa@healthherousa.com



VACCINE INFORMATION STATEMENT

Influenza (Flu) Vaccine

(Inactivated or Recombinant):

What you need to know

More Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. For more information about vaccines and other health issues, visit www.cdc.gov/vaccines.

1 Why get vaccinated?

Influenza ("flu") is a contagious disease that spreads around the United States every year, usually between October and May.

Flu is caused by influenza viruses, and is spread mainly by coughing, sneezing, and close contact.

Anyone can get flu. Flu strikes suddenly and can last several days. Symptoms vary by age, but can include:

- fever/chills
- sore throat
- muscle aches
- fatigue
- cough
- headache
- runny or stuffy nose

Flu can also lead to pneumonia and blood infections, and cause diarrhea and seizures in children. If you have a medical condition, such as heart or lung disease, flu can make it worse.

Flu is more dangerous for some people. Infants and young children, people 65 years of age and older, pregnant women, and people with certain health conditions or a weakened immune system are at greatest risk.

Each year thousands of people in the United States die from flu, and many more are hospitalized.

Flu vaccine can:

- keep you from getting flu,
- make flu less severe if you do get it, and
- keep you from spreading flu to your family and other people.

2 Inactivated and recombinant flu vaccines

A dose of flu vaccine is recommended every flu season. Children 6 months through 8 years of age may need two doses during the same flu season. Everyone else needs only one dose each flu season.

Some inactivated flu vaccines contain a very small amount of a mercury-based preservative called thimerosal. Studies have not shown thimerosal in vaccines to be harmful, but flu vaccines that do not contain thimerosal are available.



U.S. Department of Health and Human Services
Center for Disease Control and Prevention

There is no live flu virus in flu shots. They cannot cause the flu.

There are many flu viruses, and they are always changing. Each year a new flu vaccine is made to protect against three or four viruses that are likely to cause disease in the upcoming flu season. But even when the vaccine doesn't exactly match these viruses, it may still provide some protection.

Flu vaccine cannot prevent:

- flu that is caused by a virus not covered by the vaccine, or
 - illnesses that look like flu but are not.
- It takes about 2 weeks for protection to develop after vaccination, and protection lasts through the flu season.

3 Some people should not get this vaccine

Tell the person who is giving you the vaccine:

- If you have any severe, life-threatening allergies. If you ever had a life-threatening allergic reaction after a dose of flu vaccine, or have a severe allergy to any part of this vaccine, you may be advised not to get vaccinated. Most, but not all, types of flu vaccine contain a small amount of egg protein.
- If you ever had Guillain-Barré Syndrome (also called GBS). Some people with a history of GBS should not get this vaccine. This should be discussed with your doctor.
- If you are not feeling well. It is usually okay to get flu vaccine when you have a mild illness, but you might be asked to come back when you feel better.

4 Risks of a vaccine reaction

With any medicine, including vaccines, there is a chance of reactions. These are usually mild and go away on their own, but serious reactions are also possible.

Most people who get a flu shot do not have any problems with it.

Minor problems following a flu shot include:

- soreness, redness, or swelling where the shot was given
- hoarseness
- sore, red or itchy eyes
- cough
- fever
- aches
- headache
- itching
- fatigue

If these problems occur, they usually begin soon after the shot and last 1 or 2 days.

More serious problems following a flu shot can include the following:

- There may be a small increased risk of Guillain-Barré Syndrome (GBS) after inactivated flu vaccine. This risk has been estimated at 1 or 2 additional cases per million people vaccinated. This is much lower than the risk of severe complications from flu, which can be prevented by flu vaccine.
- Young children who get the flu shot along with pneumococcal vaccine (PCV13) and/or DTaP vaccine at the same time might be slightly more likely to have a seizure caused by fever. Ask your doctor for more information. Tell your doctor if a child who is getting flu vaccine has ever had a seizure.

Problems that could happen after any injected vaccine:

- People sometimes faint after a medical procedure, including vaccination. Fainting or lying down for about 15 minutes can help prevent fainting, and injuries caused by a fall. Tell your doctor if you feel dizzy, or have vision changes or ringing in the ears.
- Some people get severe pain in the shoulder and have difficulty moving the arm where a shot was given. This happens very rarely.
- Any medication can cause a severe allergic reaction. Such reactions from a vaccine are very rare, estimated at about 1 in a million doses, and would happen within a few minutes to a few hours after the vaccination.

As with any medicine, there is a very remote chance of a vaccine causing a serious injury or death.

The safety of vaccines is always being monitored. For more information, visit: www.cdc.gov/vaccinesafety/

5 What if there is a serious reaction?

What should I look for?

- Look for anything that concerns you, such as signs of a severe allergic reaction, very high fever, or unusual behavior.

Signs of a severe allergic reaction can include hives, swelling of the face and throat, difficulty breathing, a fast heartbeat, dizziness, and weakness. These would start a few minutes to a few hours after the vaccination.

What should I do?

- If you think it is a severe allergic reaction or other emergency that can't wait, call 9-1-1 and get the person to the nearest hospital. Otherwise, call your doctor.
- Reactions should be reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Your doctor should file this report, or you can do it yourself through the VAERS web site at www.vaers.hhs.gov, or by calling 1-800-822-7967.

VAERS does not give medical advice.

6 The National Vaccine Injury Compensation Program

The National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) is a federal program that was created to compensate people who may have been injured by certain vaccines.

Persons who believe they may have been injured by a vaccine can learn about the program and about filing a claim by calling 1-800-338-2382 or visiting the VICP website at www.hrsa.gov/vaccinecompensation. There is a time limit to file a claim for compensation.

7 How can I learn more?

- Ask your healthcare provider. He or she can give you the vaccine package insert or suggest other sources of information.
- Call your local or state health department.
- Contact the Centers for Disease Control and Prevention (CDC):
 - Call 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) or
 - Visit CDC's website at www.cdc.gov/flu

Vaccine Information Statement Inactivated Influenza Vaccine

08/07/2015

42 U.S.C. § 300aa-26



Office Use Only

Consentimiento informado para la vacuna 2019-2020



Nombre de la escuela: _____ **Fecha clínica:** _____

COMPLETE TODA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN - **Imprima con tinta** (No se aceptarán formularios incompletos)

NOMBRE del estudiante:										APELLIDO del estudiante:									
Sexo: Masculino Femenino					Fecha de nacimiento: (mes/día/año)					Edad Maestro del salón/Grado									
Dirección										N.º de teléfono particular () - N.º de teléfono celular () -									
Ciudad					Código Postal					Estado					Etnia del estudiante: (Marque una opción) Afroamericano/Negro Blanco Alaskeño/Nativo americano Asiático Hispano No hispano Hawaiano/Isleño del Pacífico Otro:				
Dirección de correo electrónico:																			

Las leyes actuales de cuidado de la salud nos exigen facturarle a su compañía de seguros por la vacuna. El servicio se le brinda a usted sin costo. Respuestas siempre son confidenciales.

Por favor, marque la casilla correspondiente y llene completamente las siguientes preguntas relacionadas con el seguro de salud de su hijo:

<input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Mi hijo/a NO tiene seguro médico <input type="checkbox"/> Medicaid										Compañía de seguros:									
PA Medicaid: (Aetna mejor salud, Amerihealth Caritas, puerta de enlace, Geisinger, socios de salud, Keystone First, United Healthcare Community Plan, UPMC.)																			
Nombre del titular de la póliza:										Apellido del titular de la póliza:									
Id. de miembro:										Fecha de nacimiento del titular de la póliza: (mes/día/año)									

INDIQUE SÍ O NO A CADA PREGUNTA

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una Reacciones a la vacuna contra la gripe que hayan puesto en riesgo su vida en el pasado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Su hijo ha tenido síndrome de Guillain-Barre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Su hijo tiene Alergia a los huevos de gallina o productos de huevos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Su hijo tiene un trastorno de la sangre como la hemofilia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Será la primera vez que su hijo/a reciba una vacuna contra la gripe?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Si está disponible para el año escolar 2020-21, preferirías tener FluMist?

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA DE SALUD, COMUNÍQUESE CON EL PEDIATRA DE SU HIJO O LLÁMENOS AL 484-667-3382 PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE.

He leído la información sobre la vacuna y los cuidados especiales en la Hoja de Información de la Vacuna. Soy consciente de que puedo encontrar la Declaración de Información de la Vacuna más actual e información adicional en el sitio www.immunize.org o en www.cdc.gov. He tenido la oportunidad de hacer consultas sobre la vacuna y entiendo los riesgos y beneficios. Solicito y doy voluntariamente mi consentimiento para que la vacuna se administre a la persona mencionada arriba, de quien soy padre, madre o tutor legal y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre. Reconozco que no recibí ninguna garantía con respecto al éxito de la vacuna. Por el presente, eximo al sistema escolar, a Health Hero of PA, LLC y subsidiarias, escuelas afiliadas de enfermería, sus directores y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar de cualquier accidente u acto de omisión que surgiera durante la vacunación. Entiendo que este consentimiento es válido por 6 meses y que informaré a la escuela de cualquier cambio de salud anterior a la fecha de la vacunación. Las fechas para la vacunación se pueden obtener mediante la escuela. Entiendo que la información relacionada con la salud en este formulario se usará a fines de facturación del seguro y que se protegerá la privacidad.

Nombre de padre, madre o tutor en letra de imprenta _____ Firma de padre, madre o tutor _____ Fecha _____

VIS CDC IIV 08/07/2015 Número de LOTE: _____ RN N.º _____ ÁREA PARA USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN OFICIAL	IIV MANUFACTURER Fecha de VENC.: _____ Fecha: _____	Health Hero of PA 484-667-3382 pa@healthherousa.com	
---	---	---	--

DECLARACION DE INFORMACION DE VACUNA

Vacuna (Inactiva o recombinante) contra la influenza (gripe): Lo que debe saber

Mayor Vacuna Información Solicitada se encuentra en español, español indio y vietnamita. Véase www.vaccines.gov para obtener más información.
La lista de influenza sobre vacunas está disponible en español y en muchos otros idiomas. Véase www.dhs.gov.

1 ¿Por qué vacunarse?

La influenza (gripe o el "flu") es una enfermedad contagiosa que se propaga por los Estados Unidos cada año, normalmente entre octubre y mayo.

La influenza es causada por el virus de influenza, y la mayoría de las veces se propaga a través de los estornudos y contacto cercano.

Cualquier persona puede contraer la influenza. Los síntomas aparecen repentinamente, y pueden durar varios días. Los síntomas varían según la edad, pero pueden incluir:

- Fiebre o escalofríos
- Dolor de garganta
- Dolor muscular
- Tos
- Dolor de cabeza
- Congestión o secreción nasal
- Cansancio

La influenza también puede causar neumonía e infecciones en la sangre, y puede causar diarrea y convulsiones en los niños. Si tiene una condición médica, como cardiopatía o una enfermedad en los pulmones, la influenza la puede empeorar.

La influenza es más grave en algunas personas. Los niños pequeños, gente de 65 años de edad o mayores, mujeres embarazadas y gente con ciertas condiciones físicas o un sistema inmunológico debilitado corren mayor riesgo.

Cada año miles de personas en los Estados Unidos mueren a causa de la influenza, y muchas más son hospitalizadas.

La vacuna contra la influenza puede:

- prevenir que usted se enferme de la influenza,
- reducir la severidad de la influenza si la contrae, y
- prevenir que contagie a su familia y otras personas con la influenza.

2 Vacunas contra la influenza inactivas y recombinantes

Se recomienda una dosis de la vacuna contra la influenza cada temporada de influenza. Algunos niños, entre los 6 meses a 8 años de edad, pueden necesitar dos dosis durante la misma temporada de influenza. Todos los demás sólo necesitan una dosis en cada temporada de influenza.

Algunas vacunas antigripales inactivas contienen una muy pequeña cantidad de huevo, un preservativo que contiene mercurio. Los estudios no han demostrado que el mercurio en las vacunas es dañino, pero hay vacunas antigripales disponibles que no contienen mercurio.

No hay ningún virus vivo en las inyecciones contra la influenza. No pueden causar la influenza.

Influenza (Inactiva) VIS - Spanish: 08/07/2015

Hay muchos virus de influenza, y cambian constantemente.

Cada año se formula una nueva vacuna antigripal para proteger contra 3 o 4 virus que serán los más probables causantes de enfermedad durante la próxima temporada de influenza. Pero incluso cuando la vacuna no previene estos virus, todavía puede proporcionar cierta nivel de protección.

La vacuna contra la influenza no puede prevenir:

- la influenza causada por un virus que no es protegido por la vacuna o
- enfermedades que son similares a la influenza pero no son la influenza.

Toma alrededor de 2 semanas desarrollar protección después de la vacunación, y dicha protección dura a lo largo de la temporada de la influenza.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

Dígale a la persona que lo vacune:

- Si tiene alguna alergia grave y potencialmente mortal. Si ha tenido una reacción alérgica y potencialmente mortal después de una vacuna antigripal, o si es gravemente alérgico a cualquier componente de esta vacuna, se le podrá aconsejar que no se vacune. La mayoría, pero no todos, las vacunas antigripales contienen una pequeña cantidad de proteína de huevo.
- Si ha tenido el Síndrome de Guillain-Barré (también conocido como GBS). Algunas personas con antecedentes de GBS no deben recibir esta vacuna. Debe consultar a su médico sobre caso.

- Si no se siente bien.

Normalmente está bien el ser vacunado contra la influenza cuando está levemente enfermo, pero es posible que se le pida regresar cuando se sienta mejor.

4 Riesgos de reacción a la vacuna

Igual que cualquier medicamento, incluyendo las vacunas, hay riesgo de efectos secundarios. Normalmente son leves y se resucitan solos, pero también pueden ocurrir reacciones graves.

La mayoría de las personas que se vacunan contra la influenza no tienen ningún problema con la vacuna.

Problemas leves que pueden ocurrir después de la vacuna antigripal inactiva:

- Dolor, enrojecimiento o hinchazón donde recibió la inyección
- Fatiga
- Dolor, enrojecimiento o comezón en los ojos
- Tos
- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Comezón
- Cansancio

Si estos problemas ocurren, normalmente comienzan poco después de la vacunación y duran de 1 a 2 días.

Problemas más graves que pueden ocurrir después de la vacuna antigripal inactiva incluyen:

- Es posible que haya un riesgo un poco mayor de contraer el Síndrome de Guillain-Barré (GBS) después de recibir una vacuna antigripal inactiva. Se estima que este riesgo causa 1 ó 2 casos adicionales por cada millón de personas que recibe la vacunación. Esto es mucho menor que el riesgo de padecer de complicaciones severas causadas por la influenza, lo cual puede ser prevenido a través de la vacuna contra la influenza.
- Los niños pequeños que reciben la vacuna antigripal y la vacuna neumocócica (PCV13) o la vacuna DTaP a la misma vez pueden ser ligeramente más propensos de sufrir convulsiones causadas por fiebre. Pídale más información a su médico. Avísele a su médico si el niño que será vacunado ha tenido convulsiones.

Problemas que pueden ocurrir después de cualquier vacuna inyectada:

- Demosios breves pueden ocurrir después de cualquier procedimiento médico, incluso la vacunación. Para evitar desmayos y heridas causadas por ellos, síntese o acostese por alrededor de 15 minutos. Avísele a su médico si se siente mareado o si tiene cambios en su visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas pueden experimentar un dolor agudo y amplificado de movimiento rotacional en el hombro del brazo donde se recibió la inyección. Esto ocurre muy raramente.
- Cualquier medicamento puede causar una reacción alérgica grave. Tales reacciones a una vacuna ocurren muy raramente, estimadas en menos de 1 en un millón de dosis, y normalmente pasan en unos pocos minutos a varias horas después de la vacunación.

Como con cualquier medicamento, hay la posibilidad remota que la vacuna cause daño grave o la muerte.

Siempre se supervisa la seguridad de las vacunas. Para más información, visite www.cdc.gov/vaccinesafety/.

5 ¿Y si ocurren reacciones graves?

¿En qué me debo fijar?

- Fíjese en cualquier cosa que le preocupe, como los síntomas de una reacción alérgica grave, fiebre muy alta o comportamientos inusuales.
- Síntomas de una reacción alérgica grave incluyen ronchas, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad al respirar, rimo cardíaco acelerado, mareos y debilidad. Estos síntomas empezarán de unos pocos minutos a unas horas después de la vacunación.

¿Qué debo hacer?

- Si cree que hay una reacción alérgica grave u otra emergencia que necesita atención inmediata, llame al 9-1-1 y lleve a la persona al hospital más cercano. Si no, puede llamar a su médico.
- Se debe reportar las reacciones al Sistema de Información sobre Eventos Adversos a Vacunas (VAERS). Su médico debe presentar este informe, o usted puede hacerlo por el sitio web de VAERS: www.vaers.hhs.gov, o llamando al 1-800-832-7967.

VAERS no da consejos médicos.

6 El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por Vacunas

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por Vacunas (Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es un programa federal creado para compensar a aquellas personas que pueden haber sido lesionadas por ciertas vacunas.

Las personas que creen que posiblemente hayan resultado heridas por una vacuna pueden encontrar más información sobre el programa y sobre la presentación de reclamos llamando al 1-800-338-2382 o visitando el sitio web del VICP www.hrsa.gov/vaccinecompensation. Hay un límite de plazo para presentar un reclamo de indemnización.

7 ¿Cómo puedo saber más?

- Consulte a su proveedor de la salud. Él o ella le puede dar un folleto con información sobre la vacuna o sugerir otras fuentes de información.
- Llame a su departamento de la salud local o de su estado.
- Contacte a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC):
 - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) o
 - Visite al sitio web del CDC: www.cdc.gov/flu

Vaccine Information Statement Inactivated Influenza Vaccine

08/07/2015

Spanish

42 U.S.C. § 300aa-26



Other Use Only



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

Translation provided by Shoo The Flu