



SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES DE DELAWARE
División de Salud Pública

Octubre 2009

Estimado padre de familia o tutor legal:

Como del conocimiento general, las infecciones con influenza 2009 H1N1 continúan apareciendo en Delaware y a lo largo del país. Los niños en edad escolar han sido identificados como uno de los grupos de alto riesgo debido al alto número de casos en este grupo. La vacunación escolar es una de las maneras para asegurarnos de que cada niño(a) tenga la oportunidad de recibir la vacuna. De esta forma, su niño(a) y la comunidad escolar estarán mejor protegidos contra este brote.

Reconocemos la necesidad que tienen los niños en edad escolar de vacunarse contra el virus de la influenza H1N1 y por ello su distrito escolar ha acordado participar en el Programa de Vacunación Escolar de Delaware. **Este es un programa voluntario. Por ello, se requiere del consentimiento escrito del padre de familia o tutor legal. Ningún estudiante será vacunado si no presenta el consentimiento escrito del padre de familia o tutor legal.** (El formulario de consentimiento acompaña esta carta para ser devuelto a la escuela).

Estas son algunas cosas que usted debe saber:

- El programa es voluntario para los estudiantes y la vacuna es GRATUITA, sin costo alguno.
- La vacunación se llevará a cabo en días de clases.
- Los estudiantes de kinder a quinto (5to.) grado recibirán la vacuna de la influenza 2009 H1N1 en forma de rocío o spray nasal (en ambas fosas nasales). Los estudiantes menores de 10 años necesitarán una segunda dosis en aproximadamente cuatro (4) semanas después de la primera dosis. (El formulario de consentimiento para la administración de la segunda dosis de la vacuna será enviado a los padres después que el programa de vacunación haya iniciado en noviembre.)
- Los estudiantes de sexto a duodécimo grado (6to.-12o. grado) recibirán la vacuna de la influenza 2009 H1N1 en forma inyectable, en una sola dosis.
- Los estudiantes con factores que afectan la salud puede no que sean elegibles para recibir la vacuna en la escuela y deben contactar a sus respectivos médicos para ser vacunados.
- La enfermera de la escuela será la coordinadora y enlace para con el equipo de vacunación.

Adjuntamos los siguientes materiales producidos por la División de Salud Pública de Delaware:

- Hoja de Información de la Vacuna 2009 H1N1 con información importante sobre la vacuna.
- **Formulario de Consentimiento – Este documento necesita especial atención. Favor llenar, firmar y enviar de vuelta a la escuela antes del viernes, 23 de octubre del 2009.** Ningún estudiante será vacunado si no presenta el consentimiento escrito firmado. Si desea que su niño(a) sea vacunado, envíe el consentimiento completo y firmado a la escuela.

La escuela enviara con el estudiante un recordatorio días antes de la fecha de vacunación. Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento con solo contactar a la enfermera de la escuela. Para preguntas sobre la influenza 2009 H1N1 o sobre su vacuna, visite nuestro sitio de Internet, www.fludelaware.gov, o llame al 1-800-282-8672. Para preguntas sobre el programa de vacunación escolar, llame a la oficina de la escuela.

Atentamente,
División de Salud Pública de Delaware



Consentimiento para Vacuna de Influenza 2009 H1N1 (ROCIO NASAL) – División de Salud Pública de Delaware

SECCION 1: INFORMACION SOBRE EL NIÑO (A) QUE SERA VACUNADO (USE LETRA IMPRENTA)

APELLIDO DEL ESTUDIANTE		(Nombre)	(Inicial)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE Mes: _____ Día: _____ Año: _____	
PADRE O TUTOR LEGAL (Apellido)		(Nombre)	(Inicial)	EDAD DEL ESTUDIANTE	GENERO DEL ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DIRECCION			TELEFONO (DIA) DEL PADRE O TUTOR LEGAL:		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO ZIP		TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA:	
NOMBRE DE LA ESCUELA			DISTRITO ESCOLAR	GRADO	

SECCION 2: VERIFICACION DE ELEGIBILIDAD PARA LA VACUNA

Si su niño (a) **ha recibido** la vacuna de la influenza 2009 H1N1, indique el número de dosis y la fecha de vacunación.

Dosis 1 Fecha de administración Mes: _____ Día: _____ Año: _____ Marcar en qué forma: Rocío/Spray Nasal Inyección
 Dosis 2 Fecha de administración Mes: _____ Día: _____ Año: _____ Marcar en qué forma: Rocío/Spray Nasal Inyección

Indique si su hijo (a) ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas. (Influenza de temporada, "triple vírica" MMR -paperas, sarampión y rubéola).

Vacuna: _____ Fecha de administración Mes: _____ Día: _____ Año: _____ Marcar en qué forma: Rocío/Spray Nasal Inyección

Las siguientes preguntas ayudarán a determinar si su hijo (a) puede recibir la vacuna de influenza 2009 H1N1 (ROCIO/SPRAY NASAL) en la escuela.

Marque SI o NO en cada pregunta.

	SI	NO
1. Tiene el niño(a) reacción alérgica a los HUEVOS o algún componente de la vacuna de influenza? (incluyendo gentamicina, gelatina o arginina)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sufre el niño (a) de alguna alergia que le pueda causar la muerte? (no incluya alergia a alimentos o alergia de temporada)? Mencione cuáles: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ha sufrido el niño(a) anteriormente alguna reacción severa al recibir la vacuna para la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha sufrido el niño(a) del Síndrome Guillain-Barré (debilidad muscular severa temporal) 6 semanas después de recibir la vacuna de la influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sufre el niño(a) alguna de las siguientes: ASMA/silbido, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica), o afección pulmonar, cardíaca, renal, del hígado, nerviosa o sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Está el niño(a) en tratamiento de aspirina a largo plazo o en terapia con contenido de aspirina (ejemplo, toma su niño(a) aspirina diariamente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tiene el niño(a) un sistema inmunológico débil o comprometido? (causado por VIH, cáncer o medicamentos como esteroides, incluyendo para el asma, o para el tratamiento del cáncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Está la niña embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tiene el niño(a) contacto directo o espera tener contacto con personas que tengan un sistema inmunológico severamente comprometido (como los que han sufrido transplante de médula) y quienes deben estar en un ambiente protegido (como salas de hospitales especiales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usted ha respondido SI a alguna de las preguntas, no ha contestado o está inseguro de qué respuesta dar a alguna de las preguntas de arriba, su niño (a) NO recibirá el Rocío/Spray Nasal de la Influenza 2009 H1N1 ofrecido a través del Programa de Vacunación Escolar. Por favor contacte a su médico para la vacunación contra la influenza.

SECCION 3: CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACION DEL NIÑO(A): Mi firma en este documento significa que he leído o se me ha explicado la Hoja de Información de la Vacuna de la Influenza 2009 H1N1 (Intranasal viva, atenuada) en la forma de ROCIO/SPRAY NASAL y entiendo sobre sus riesgos y beneficios como se explican en la hoja de información recibida. El Rocío/Spray Nasal de la Influenza 2009 H1N1 no debe ser administrado dentro de 4 semanas después de haber recibido el rocío/spray nasal de la influenza de temporada, vacunas de MMR (paperas, sarampión y rubéola) o varicela, por lo que informaré a mi médico que el niño (a) recibirá la(s) vacuna(s) en forma de rocío/spray nasal de la influenza 2009 H1N1 en la escuela entre noviembre del 2009 y enero del 2010. El día de vacunación mi niño(a) NO recibirá la vacuna si tiene resfriado fuerte, fiebre o si ha tomado algún antiviral como Tamiflu o Relenza en las últimas 48 horas. Estoy en capacidad de anular este consentimiento en cualquier momento contactando a la enfermera de la escuela.

DOY MI CONSENTIMIENTO a la División de Salud Pública de Delaware y a su personal autorizado, Medical Reserve Corps y contratistas para que el niño(a), cuyo nombre aparece arriba, sea vacunado con esta vacuna.

(Si este consentimiento no está completo, firmado, fechado y enviado a la escuela, su niño(a) no será vacunado en la escuela.)

Firma del Padre o Tutor Legal: _____

Nombre del Padre o Tutor Legal: _____

Fecha: Mes: _____ Día: _____ Año: _____

NO DOY CONSENTIMIENTO a la División de Salud Pública de Delaware o a su personal autorizado, Medical Reserve Corps o contratistas para que el niño(a), cuyo nombre aparece arriba, sea vacunado con esta vacuna.

Firma del Padre o Tutor Legal: _____

Nombre del Padre o Tutor Legal: _____

Fecha: Mes: _____ Día: _____ Año: _____

SECCION 4: REGISTRO DE VACUNACION

PARA USO ADMINISTRATIVO – NO ESCRIBIR EN ESTA SECCION

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose # (1 st or 2 nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Signature/License of Vaccine Administrator
2009H1N1	/ /	Intranasal				
2009H1N1	/ /	Intranasal				

Reason vaccine NOT given:

- Student ill
- Student temp of 100.5 or higher
- Student had flu anti-viral medicine within 48 hours
- Student's consent form incomplete - parent/guardian could not be contacted
- YES answer excludes - Parent should contact private doctor about 2009 H1N1 vaccination.
- Student refused vaccination
- Student absent
- Other _____

Signature/License/Title/Date

VACUNA INTRANASAL VIVA CONTRA LA INFLUENZA

LO QUE USTED NECESITA SABER 2009-10

Muchas Hojas de Información sobre Vacunas están disponibles en español y en otros idiomas. Vea www.immunize.org/vis.

1 ¿Por qué vacunarse?

La influenza (también conocida como gripe o “flu”) es una enfermedad contagiosa.

Es causada por el virus de la influenza, que se puede pasar al toser, estornudar o mediante las secreciones nasales.

Otras enfermedades pueden tener los mismos síntomas y a menudo se confunden con la influenza. Pero sólo una enfermedad causada por el virus de la influenza es realmente influenza.

A cualquiera le puede dar influenza, pero los índices de infección son mayores entre los niños. En la mayoría de las personas dura sólo unos pocos días. Puede causar:

- fiebre
- dolor de garganta
- escalofríos
- dolores musculares
- tos
- dolor de cabeza
- cansancio

Algunas personas, como los bebés, las personas mayores y los que tienen ciertos problemas de salud se pueden enfermar mucho más. La influenza puede causar fiebre alta y neumonía y puede empeorar los problemas médicos existentes. Puede causar diarrea y ataques epilépticos en niños. En promedio, 226,000 personas son hospitalizadas todos los años a causa de la influenza y 36,000 de ellas mueren. La mayoría de los que mueren son personas mayores. **La vacuna contra la influenza puede prevenir la influenza.**

2 Vacuna viva atenuada contra la influenza: LAIV (rocío nasal)

Hay dos tipos de vacuna contra la influenza estacional:

1. La vacuna **viva atenuada** contra la influenza (LAIV) contiene el virus de influenza vivo pero atenuado (debilitado). Se aplica como rocío en las fosas nasales.

2. La vacuna **desactivada** contra la influenza, a veces conocida como la “vacuna contra la influenza”, se inyecta. *La vacuna desactivada contra la influenza se describe en otra Hoja de Información sobre Vacunas.*

Los virus de la influenza cambian constantemente. Por eso, las vacunas contra la influenza se actualizan todos los años y se recomienda una vacunación anual.

Cada año los científicos tratan de que los virus de la vacuna coincidan con los que tienen más probabilidades de causar la influenza ese año. Cuando coinciden bien, la vacuna protege a la mayoría de las personas contra enfermedades serias relacionadas con la influenza. Pero aunque no coincida tanto, la vacuna provee alguna protección. La vacuna contra la influenza *no* previene las enfermedades “similares a la influenza” causadas por otros virus.

Después de la vacunación, toma unas 2 semanas para desarrollar protección contra el virus. La protección dura hasta un año.

La LAIV no contiene timerosal ni ningún otro preservativo.

Live, Attenuated Influenza Vaccine - Spanish (8/11/09)

3 ¿Quiénes pueden recibir la LAIV?

La LAIV está aprobada para las personas de **2 a 49 años de edad**, que no estén embarazadas y que no tengan ciertos problemas de salud (vea el No. 4, abajo). Se recomienda la vacuna contra la influenza para las personas que puedan transmitir la influenza a otras personas de alto riesgo, como por ejemplo:

- **Las personas que viven con o cuidan** a niños de 5 años y menores, y a personas de 50 años de edad y mayores.
- Médicos y enfermeras, y familiares o cualquier otra persona con **contacto cercano a personas con riesgo** de enfermarse seriamente de la influenza.

Los profesionales de la salud también podrían recomendar una vacuna anual contra la influenza para:

- Las personas que prestan **servicios comunitarios esenciales**.
- Las personas que viven en **residencias estudiantiles, centros correccionales** o en otros lugares donde vive mucha gente, para prevenir epidemias.

La vacuna contra la influenza también se recomienda para todos los que desean **reducir su probabilidad de enfermarse** de la influenza o de **transmitir la enfermedad a otras personas**.

4 Algunas personas no deben recibir la LAIV

La LAIV no está autorizada para todos. Las siguientes personas deben recibir la vacuna **desactivada** (que se inyecta) en vez de la LAIV:

- **Los adultos de 50 años de edad y mayores, o los niños de 6 meses a 2 años de edad.** (A los niños menores de 6 meses de edad no se le debe aplicar ninguna de las vacunas contra la influenza).
- Los niños menores de 5 años de edad con asma o con uno o más episodios de sibilancias durante el año pasado.
- Las personas que tienen problemas de salud a largo plazo con:
 - enfermedad del corazón
 - enfermedad de los pulmones
 - asma
 - enfermedad de los riñones o del hígado
 - enfermedad metabólica, como la diabetes
 - anemia y otras enfermedades de la sangre
- Las personas que tienen ciertas enfermedades de los músculos o de los nervios (como las enfermedades que causan ataques epilépticos o parálisis cerebral) que puedan causar problemas para respirar o para tragar.
- Las personas que tienen el sistema inmunológico debilitado.
- Los niños o adolescentes en tratamiento de aspirina a largo plazo.
- Las mujeres embarazadas.

Dígale a su médico si alguna vez tuvo el síndrome de Guillain-Barré (una enfermedad paralítica grave, también conocida como GBS). Es posible que pueda recibir la vacuna, pero su médico debe ayudarle a tomar la decisión.

La **vacuna contra la influenza** es preferible para las personas (incluyendo a los trabajadores de atención de la salud y familiares) con contacto cercano a alguien con el sistema inmunológico *gravemente* debilitado (que requiere cuidados en un ambiente protegido, como en una unidad de trasplantes de médula ósea). Las personas con contacto cercano a alguien con el sistema inmunológico no tan debilitado (incluyendo a las personas con VIH) pueden recibir la LAIV.

Las personas que tengan un problema nasal lo suficientemente grave como para que la respiración sea difícil, como la nariz muy tapada, deben recibir la vacuna contra la influenza que se inyecta en vez de la LAIV.

Algunas personas deben hablar con un médico antes de recibir cualquiera de las dos vacunas contra la influenza:

- Cualquier persona que haya tenido una reacción alérgica seria al huevo o a algún otro componente de la vacuna, o a una dosis anterior de la vacuna contra la influenza. *Diga a su médico si tiene alergias graves.*
- Las personas moderadamente o muy enfermas por lo general deben esperar hasta recuperarse antes de vacunarse contra la influenza. Si está enfermo, hable con su médico o enfermera sobre si debe cambiar la cita para vacunarse. Las personas con una enfermedad leve por lo general se pueden vacunar.

5 ¿Cuándo debo vacunarme contra la influenza?

Se puede aplicar la vacuna tan pronto como esté disponible, por lo general en el otoño, y mientras la enfermedad esté presente en su comunidad. La influenza puede presentarse en cualquier momento entre noviembre y mayo, pero la mayoría de los casos ocurren en enero o febrero. Vacunarse en diciembre, o incluso después, puede ser beneficioso en la mayoría de los años.

La mayoría de las personas requieren una dosis de la vacuna contra la influenza todos los años. **Los niños menores de 9 años de edad que se vacunan contra la influenza por primera vez** (o que se vacunaron por primera vez la temporada pasada, pero sólo recibieron una dosis) deben recibir 2 dosis, con la segunda dosis 4 semanas después de la primera para obtener protección.

La vacuna contra la influenza se puede dar al mismo tiempo que otras vacunas.

6 ¿Cuáles son los riesgos de la vacuna intranasal viva contra la influenza (LAIV)?

Las vacunas, como cualquier medicamento, pueden causar problemas serios, como reacciones alérgicas graves. El riesgo de que una vacuna cause daños serios, o la muerte, es sumamente pequeño.

Los virus de la vacuna viva contra la influenza rara vez se pasan de una persona a otra. Incluso si lo hacen, es poco probable que causen enfermedad.

La LAIV está hecha de virus debilitados y no causa influenza. La vacuna puede causar síntomas leves en las personas que la reciben (vea a continuación).

Problemas leves:

Algunos niños y adolescentes de 2 a 17 años de edad informaron tener reacciones leves, incluyendo:

- nariz que gotea o congestión nasal
- fiebre
- dolor de cabeza y dolores musculares
- sibilancias
- dolor abdominal o vómitos ocasionales o diarrea

Algunos adultos de 18 a 49 años de edad dijeron haber tenido:

- nariz que gotea o congestión nasal
- dolor de garganta
- tos, escalofríos, cansancio/debilidad
- dolor de cabeza

Problemas graves:

- Las reacciones alérgicas a causa de las vacunas que amenazan la vida ocurren muy rara vez. Si ocurren, por lo general es a los pocos minutos o a las pocas horas de haberse vacunado.
- Si ocurren reacciones poco comunes con cualquier producto nuevo, es posible que no se identifiquen hasta que lo hayan usado miles o millones de personas. Desde que fue autorizada se han distribuido millones de dosis de la LAIV y no se han identificado problemas serios. Como en el caso de todas las vacunas, se seguirá prestando atención si la LAIV causa problemas inusuales o graves.

7 ¿Qué pasa si hay una reacción grave?

¿A qué debo prestar atención?

Cualquier cosa fuera de lo común, como fiebre alta o cambios en el comportamiento. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, ronquera o sibilancias, ronchas, palidez, debilidad, latidos rápidos del corazón o mareos.

¿Qué debo hacer?

- **Llame** a un médico o lleve a la persona inmediatamente a un médico.
- **Diga** a su médico lo que ocurrió, la fecha y la hora en que ocurrió y cuándo recibió la vacuna.
- **Pida** a su profesional de la salud que informe la reacción presentando un formulario del Sistema de Información sobre Eventos Adversos a una Vacuna (VAERS). O puede presentar este informe mediante el sitio web de VAERS, en: www.vaers.hhs.gov o puede llamar al: 1-800-822-7967.

VAERS no proporciona consejos médicos.

8 Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por Vacunas

Existe un programa federal que ayuda a pagar la atención médica de quienes tengan una reacción seria a una vacuna.

Si desea más información sobre el Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por Vacunas, llame al **1-800-338-2382** ó visite su sitio Web en www.hrsa.gov/vaccinecompensation.

9 ¿Cómo puedo obtener más información?

- Consulte con su profesional de la salud. Le puede dar el folleto de información que viene con la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.
- Llame al 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 de los CDC en: www.cdc.gov/flu



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

