

DE QUEEN SCHOOL DISTRICT
233 S. Treating Plant Road
De Queen, AR 71832

Phone: 870-642-4272

Fax: 870-642-7454



Melinda Pounds, RN Supervisor
Valerie Graham, RN High School
Zemy Figueroa, RN Jr. High & Middle School
Suzanne Beene, RN Elementary
Judy Young, LPN Primary

Estimados Padres,

En cooperación con el Departamento de Salud de Arkansas, el Distrito Escolar de De Queen tendrá la Clínica de Vacunación contra la Influenza el **18 de Octubre del 2021**.

Para que su hijo (a) reciba la vacuna de la influenza, usted debe:

- Leer la hoja de información sobre la vacuna.
- Leer y llenar (por los dos lados) la forma de consentimiento de El Departamento de Salud de Arkansas
- Escribir claramente en letra de molde toda la información requerida en la forma de consentimiento de El Departamento de Salud de Arkansas.
- Firmar la forma de consentimiento de El Distrito Escolar llamada FERPA
- Regresar las dos formas de consentimiento a la escuela lo mas pronto posible.
- **Las formas deben de ser entregadas a mas tardar el 29 Septiembre del 2021.**

Fight the Flu in Arkansas fights

Luchando contra el Flu en Arkansas

Queridos Padres:

Es esencial que lea esta carta y siga todos los pasos para que sus hijos puedan ser protegidos contra el flu.

En cooperación con el Departamento de Salud de Arkansas, los distritos escolares en Arkansas estarán estableciendo clínicas para ofrecer vacunas contra el flu para los estudiantes.

Para que su hijo (a) reciba la vacuna del flu, usted debe:

1. Leer el informativo tocante a la vacuna.
2. Leer y llenar (por los dos lados) la forma de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas.
3. Escribir claramente toda la información requerida en la forma de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas.
4. Asegurarse de haber firmado la forma de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas para la vacuna de flu.
5. Firmar la forma de consentimiento del Distrito Escolar llamada FERPA (usted quizá haya firmado esta forma a principios del año escolar cuando su niño fue registrado para la escuela).
6. Regresar las dos formas de consentimiento a la escuela de su hijo(a) lo más pronto posible

Esta es una gran oportunidad para que los niños reciban esta vacuna sin costo alguno para usted. Si usted tiene seguro médico, el Departamento de Salud de Arkansas le cobrará a su compañía de seguros el costo de la vacuna recibida. En el caso de que usted no tenga seguro médico o tenga pero su seguro no pague por las vacunas, aun si, la vacuna no tendrá ningún costo para usted.

Aviso: Solamente los estudiantes que traigan las requeridas formas de consentimiento llenas (la del Departamento de Salud de Arkansas y la del Distrito Escolar con firma) podrán recibir la vacuna del flu.

Si tiene alguna pregunta o necesita información tocante las vacunas o las formas de consentimiento del Departamento de Salud de Arkansas, llame a su departamento de salud local.

Muchas gracias.

DEPARTAMENTO DE SALUD DE ARKANSAS AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA CON CUIDADO.

El Departamento de Salud de Arkansas (ADH) se compromete a proteger su información de salud. El ADH está obligado por ley a proteger la privacidad de su información de salud y que podría ser identificada como suya, lo que llamamos "información de salud protegida", o "PHI" para abreviar. Tenemos que darle aviso de nuestras obligaciones legales y procedimientos de privacidad en relación con la PHI y estamos obligados a respetar las condiciones del aviso actualmente en vigencia. Este aviso es para informarle sobre nuestros procedimientos de privacidad y las obligaciones legales relacionadas con la protección de la privacidad de su historial médico/de salud que nosotros originamos o recibimos.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

El personal del ADH sólo utilizará su PHI para desempeñar su trabajo. Los propósitos de la utilización y de la divulgación de su PHI, son para el tratamiento, el pago de los servicios y para las operaciones de la Agencia.

Tratamiento: Los prestadores de servicios tales como enfermeras, médicos, terapeutas, nutricionistas y trabajadores sociales, pueden utilizar su PHI para determinar su plan de cuidado. Las personas y los programas dentro del ADH pueden compartir su PHI con el fin de coordinar los servicios que usted pueda necesitar, tales como exámenes clínicos, terapia, servicios de nutrición, medicamentos, hospitalización, o cuidados de seguimiento.

Para el Pago: El ADH podría revelar su PHI a Medicaid, Medicare, y/o su plan/seguro de salud para obtener el pago de nuestros servicios. Por ejemplo, es posible que tengamos que entregar su PHI sobre un examen clínico o vacunas que usted o su niño recibieron, para que su plan de salud o Medicaid o Medicare, nos pague por el tratamiento o servicios.

Para las operaciones: El ADH puede utilizar y entregar su PHI para garantizar que sus servicios y prestaciones sean los adecuados. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar nuestros programas de tratamiento y servicios (control de calidad). Podemos combinar las PHI de varias personas, para investigar tendencias de salud, determinar qué servicios y programas deben ofrecerse, o si los nuevos tratamientos o servicios son útiles. Podemos compartir su PHI con nuestros socios comerciales que desempeñan funciones en nombre del ADH. Por ejemplo, nuestros socios comerciales pueden utilizar su PHI para tramitar casos, coordinar la atención, u otras actividades, y deben respetar el mismo nivel de confidencialidad y de seguridad del ADH mientras tramitan su PHI.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD

La entrega de su PHI fuera de los límites del tratamiento, pago u operaciones relacionados con el ADH o de cualquier otra manera permitida por leyes estatales o federales, se harán solamente con su específica autorización por escrito. Esta autorización es necesaria para divulgar los siguientes tipos de información: abuso de drogas y alcohol, planificación familiar, VIH / SIDA, enfermedades mentales, enfermedades de transmisión sexual, y Programa para mujeres, infantes y niños (WIC). Usted puede revocar autorizaciones específicas para entregar su PHI, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca una autorización, no continuaremos entregando su PHI al receptor autorizado/s, excepto en la medida en que el ADH ya haya utilizado o divulgado la información en conformidad con la autorización original. Además, usted tiene los siguientes derechos:

Derecho a inspeccionar y copiar: Usted puede solicitar inspeccionar o recibir una copia de cualquier parte de su expediente médico. Podemos cobrarle por el costo de las copias, franqueo, u otros suministros asociados con su solicitud.

Derecho a solicitar una rectificación: Si usted cree que su PHI creada por el ADH es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corriamos dicha información. El ADH puede negar su petición si usted pide que modifiquemos información que: 1) no fue creada por el ADH, 2) no es parte de la PHI archivada por el ADH, 3) no es parte de la información que se le permite inspeccionar o copiar, o 4) se determina que la información es exacta y completa.

Derecho a solicitar un recuento de entregas de su información de salud: Usted puede solicitar un recuento de las entregas de su información de salud. La enumeración no incluye las divulgaciones para fines de tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud; información exigida por ley con fines de seguridad nacional; revelaciones a las cárceles o establecimientos penitenciarios, divulgaciones autorizadas, y cualquier revelación hecha antes del 14 de abril del 2003.

Derecho a solicitar restricciones: Usted puede solicitar al ADH que limite el uso o divulgación de su PHI, excepto para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. El ADH no está obligado por ley a aceptar su solicitud.

Derecho a solicitar comunicación confidencial: Usted puede solicitar, por escrito, que el ADH se comunique con usted de una manera diferente o en una ubicación distinta, por ejemplo, usando otra dirección de correo o llamándolo a un número de teléfono diferente.

Derecho a una copia en papel de este aviso de privacidad: Usted puede solicitar en cualquier momento una copia impresa de este Aviso de Privacidad del ADH.

Todas las solicitudes para inspeccionar, copiar, modificar, hacer restricciones, u obtener un recuento de su PHI y toda pregunta con respecto a este Aviso de Privacidad, deben dirigirse a la Unidad de Salud Local (Local Health Unit Administrator).

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja al ADH, poniéndose en contacto con el Consultor del Programa HIPAA del ADH (501) 661-2000 ó por correo, escribiendo a: 4815 West Markham, Slot 31, Little Rock, AR 72205. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Si usted lo solicita, le proporcionaremos la dirección adonde presentar su queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. No se tomará ninguna medida en su contra por ejercer sus derechos para presentar una queja.



DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Una Declaración de Información de la Vacuna (*Vaccine Information Statement, VIS*) es un documento, elaborado por los Centros para el control y la prevención de enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*), que informa a los receptores de la vacuna, o a sus padres o representantes legales, de los beneficios y riesgos de la vacuna que van a recibir.

- Para ver la VIS para la vacuna inactivada contra la influenza (inyección), vaya a <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.html>. Este enlace puede verse y descargarse desde su computadora de escritorio, laptop, tableta, teléfono inteligente u otro dispositivo electrónico conectado a Internet.
- Para una copia de la VIS dla inyección, puede ir a su unidad de salud local del Departamento de Salud de Arkansas y recibir una copia. Puede llamar al 1-800-462-0599 para saber cuál es la unidad de salud que le queda más cerca.
- También habrá copias de la VIS de la gripe en la escuela el día de la clínica de gripe.

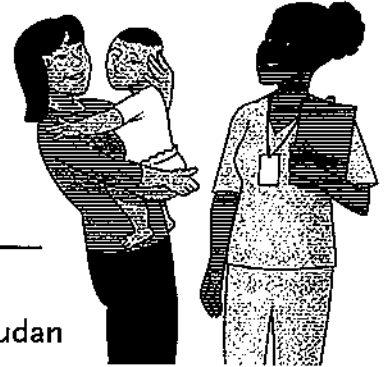
Para obtener más información, póngase en contacto con la Sección de Inmunización del Departamento de Salud de Arkansas al teléfono 1-800-574-4040. Gracias.

La gripe (influenza) es una enfermedad grave... ¡Proteja a su hijo!

¿Qué es la gripe?

La gripe (influenza) es una enfermedad grave causada por un virus.

La gripe puede hacer que su hijo se sienta horrible. Los síntomas usuales son: fiebre, tos, escalofríos, dolores de cuerpo y debilidad extrema.



¿Cómo se contagia la gripe?

Su hijo se puede contagiar la influenza de otras personas cuando tosen, estornudan o simplemente hablan. Es muy contagiosa.

¿Es grave la gripe?

Sí. Lo trágico es que cada año bebés, niños, adolescentes y adultos mueren por la gripe.

La gripe es peligrosa para los niños, y también para personas de cualquier edad. Los niños menores de 2 años de edad corren un riesgo sumamente alto de hospitalización debido a las complicaciones de la gripe.

La gripe no solo es grave para su hijo y también para otras personas a quien la puede transmitir, como bebés y abuelos.



¿Corre riesgo mi hijo?

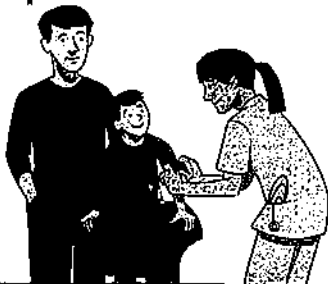
Sí. Cualquiera se puede enfermar mucho con la gripe, hasta los niños saludables.

¿Cómo puedo proteger a mi hijo de la gripe?

La vacunación es la mejor manera de proteger a su hijo de la infección con la gripe.

Todos a partir de los 6 meses en adelante deben vacunarse contra la gripe cada año.

La vacunación no solo protege a las personas que reciben la vacuna, sino que también protege a los que las rodean.



► Si desea más información, visite www.vaccineinformation.org

Si desea otros folletos de esta serie, visite www.immunize.org/vaccine-summaries

immunization
action coalition
IAC
immunize.org

Influenza Is a Serious Disease...Make Sure Your Child Is Protected!
Saint Paul, Minnesota • www.immunize.org
www.immunize.org/catg.d/p4312-01.pdf • Item #P4312-01 Spanish (2/20)

**DEPARTAMENTO DE SALUD DE ARKANSAS
TEMPORADA DE INFLUENZA – CONSENTIMIENTO PARA IMMUNIZACIÓN**

ADH Clinic Code: _____ School LEA #: _____ Date of Service: _____
 School Name: _____ School Grade: _____

Persona Recibiendo la Vacuna:

(Legal) Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: ____ Apellido: _____
 Fecha de Nacimiento:

1. HISTORIAL MÉDICO: Responda las siguientes preguntas sobre la persona que recibe la vacuna.

<i>If YES and further guidance is needed, notify the Regional CNS</i>	*YES	NO	
¿Ha tenido fiebre hoy? (Si tiene fiebre el día de la clínica de vacunación, esto le podría impedir que reciba la vacuna contra influenza)			If any answer is YES, you may not be able to receive the flu vaccine.
¿Ha tenido alguna vez el Síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular severa temporal) en las 6 semanas después de recibir la vacuna contra influenza?			
¿Ha tenido alguna vez una reacción severa a una dosis previa de vacuna contra influenza, tal como dificultad para respirar, hinchazón de los ojos o labios, sibilancias, o nauseas o vomito inmediato? ¿Tiene reacción alérgica severa a algún componente de la vacuna contra la influenza, o a algún alimento, o medicamento (como la gelatina, gentamicina o neomicina)?			

NOTA: Los niños de 6 meses a 8 años de edad pueden requerir una segunda dosis. Contacte a su proveedor de servicios médicos o a su Unidad Local de Salud del ADH en cuatro semanas para más información.

Para uso de la clínica escolar: Profesora de Aula del Niño: _____

2. AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO:

- He leído o se me ha explicado las Declaraciones Informativas Sobre Vacunas para la Vacuna Inactivada contra Influenza y entiendo los riesgos y beneficios. Para leer la Declaración Informativa de la Vacuna (VIS por sus siglas en ingles) para cada vacuna, visite la página de web para ver las VIS actualizadas: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html>
- Doy mi consentimiento al Departamento de Salud Estatal/Local y a su personal para que la persona nombrada en seguida sea vacunada con la vacuna contra influenza.
- Por este conducto reconozco que he revisado una copia del Aviso de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas.
- Entiendo que la información sobre esta vacunación contra influenza será incluida en los Registros de Inmunización del Departamento de Salud de Arkansas.

Para Mi Compañía (s) de Seguro Médico:

- Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar mis reclamos al seguro.
- Autorizo y solicito el pago de los beneficios médicos directamente al Departamento de Salud de Arkansas.
- Acepto y entiendo que la autorización cubrirá todos los servicios médicos provistos hasta que tal autorización sea revocada por mí.
- Acepto que la fotocopia de este formulario pueda ser usada en lugar del original.

El Aviso de Privacidad del Departamento de Salud de Arkansas está en la página web en www.healthy.arkansas.gov, y disponible en la clínica o acompaña a este formulario. Entonces, firme en el recuadro de la derecha.

Mi firma abajo indica que he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con la sección 2. **Autorización y Consentimiento** del formulario de consentimiento para Inmunización y la **Declaración Informativa de la Vacuna** de la influenza estacional (VIS).

Firma del Paciente/Padre/Guardián:

_____ fecha: _____

Favor de firmar aquí

3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

(Legal) Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nac. / / Género: Masc. Femenino Phone #: _____

Dirección: _____ P.O. Box _____ Número de Apto. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code:

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano

Nativo Hawaiano/Otro Isleño del Pacífico Blanco Otro

Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano/Latino

4. ESTATUS SOBRE EL SEGURO MÉDICO (Marque el cuadro que corresponda):

Relación del paciente con el titular de la póliza de seguro: Si mismo Cónyuge Hijo Otro

Número de Medicaid/ARKids:

Número de Medicare:

Nombre de la Compañía de Seguro: _____

Identificación de la Membresía/# de Póliza:

INFORMACIÓN REQUERIDA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

Nombre (legal): _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento del titular: / / Email: _____

Nombre del Empleador del Titular de la Póliza: _____

Flu Vaccine Administration

SHOT CODE:

70: Quadrivalent (P-F) ≥ 6 months

Flu Vaccine	Route	Site Code	Dosage mL	MFG Code	Lot Number
	<input type="checkbox"/> IM				

Site Codes: Right Deltoid = RD, Left Deltoid = LD, Right Leg = RL, Left Leg = LL, Right Arm = RA, Left Arm = LA **MFG Codes:** SKB = GlaxoSmithKline, PMC = Sanofi, MED = MedImmune, SEQ = Seqirus

Signature and Title of Vaccine Administrator: _____

Date Vaccine Administered: _____ / _____ / _____

**DE QUEEN SCHOOL DISTRICT
OFFICE OF THE SCHOOL NURSES
233 TREATING PLANT ROAD
DE QUEEN, AR 71832**

PHONE: 870-642-4272

FAX: 870-642-7454

School Immunization Clinic

In compliance with the Family Education Right to Privacy Act (FERPA) (20 U.S.C. 1232g; 34 CFR Part 99)

I, _____, give permission for my child,
Parent/Guardian Name

_____, to participate in the School Immunization
First and last Name

Clinic. I understand that the appropriate Arkansas Department of Health consent forms will be provided for my consideration prior to the clinic.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date Signed:** _____

Student's Grade: _____ **Homeroom Teacher:** _____

Clinica de Inmunización de la Escuela

En conformidad con el Derecho de Educacion Familiar a el Acto de Privacidad (FERPA) (20 U.S.C. 1232g; 34 CFR Dividen 99)

Yo, _____, concedo autorizacion para mi nino,
Nombre del Padre/Guardian

_____, para participar en la Clinica de Inmunizacion de
Primer y ultimo Nombre

la Escuela. Entiendo que las formas de consentimiento apropiadas del Departamento de Salud de Arkansas seran provistas para mi consideracion antes de la clinica.

Firma del Padre/Guardian: _____ **Fecha:** _____

Grado: _____ **Maestro/a:** _____