



ESTADO DE HAWAII
DEPARTAMENTO DE SALUD
Casilla postal 3378
Honolulu, Hawaii 96801-3378

1 de agosto de 2009

Estimados padres:

El Departamento de Salud del Estado de Hawaii, con la colaboración del Departamento de Educación, de la Asociación de Escuelas Independientes (Hawai'i Association of Independent Schools) y de las escuelas católicas del estado, iniciará, una vez más, en otoño, una campaña de vacunación gratuita contra la gripe, para niños de jardín de infantes hasta alumnos de octavo grado. La vacuna antigripal se podrá administrar tanto en forma de inyección como de *spray* nasal, por lo que se adjunta información sobre ambas aplicaciones (Declaración de información sobre vacunas). Lea la declaración para que lo ayude a decidir qué tipo de vacuna es la mejor para su hijo.

Las vacunas se aplicarán en el establecimiento educativo de su hijo, entre octubre y diciembre de 2009. La escuela le informará la fecha y la hora establecidas. Si desea que su hijo se vacune contra la gripe, en la escuela:

1. Seleccione el tipo de aplicación que desea que reciba su hijo:
spray nasal (vacuna antigripal intranasal atenuada);
inyección (vacuna antigripal inactivada).
2. Complete **SÓLO UN** formulario de consentimiento:
Spray nasal: formulario de consentimiento **AMARILLO**;
inyección: formulario de consentimiento **VERDE**.
 - a) Complete la información solicitada.
 - b) Responda **TODAS** las preguntas.
 - c) **FIRME Y FECHE** el formulario de consentimiento.
3. Envíele a la maestra de su hijo el formulario de consentimiento de vacunación completo, antes del 11 de septiembre de 2009.
4. Si no desea que su hijo reciba la vacuna en la escuela, no es necesario que envíe el formulario de consentimiento.

Sólo se llevará a cabo una sesión clínica por escuela. En caso de que su hijo necesite una segunda dosis de la vacuna antigripal (niños de jardín de infantes a alumnos de octavo grado que reciben la vacuna por primera vez), concerte una cita con su médico, para realizar la aplicación.

En caso de dudas respecto del programa de vacunación antigripal en las escuelas, comuníquese con Aloha United Way, al 2-1-1, de lunes a viernes de 6 a. m. a 9 p. m. La vacunación es la mejor forma de proteger a los niños contra la gripe. Juntos, podemos garantizar que las escuelas y, de ese modo, que la sociedad gocen de una vida más sana.

Atentamente.

Dra. Sarah Y. Park, miembro de la Asociación
Norteamericana de Pediatría
Epidemióloga estatal

Documento adjunto



Preguntas frecuentes

Aunque mi hijo esté sano, ¿es necesario que se aplique la vacuna antigripal?

Sí. El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización recomienda que **TODOS** los niños y los adolescentes entre los 6 meses y los 18 años de edad se vacunen contra la gripe, cada año. Esta recomendación debería reducir el riesgo de gripe en los niños, la cantidad de consultas médicas y el tiempo de clase perdido. Asimismo, la medida no sólo apunta a reducir el contagio de la gripe entre los niños, sino a disminuir su propagación entre los miembros de la familia para, finalmente, proteger a la sociedad.

¿Cuándo se aplicará la vacuna antigripal?

El programa de vacunación escolar comenzará en octubre de 2009. Cada establecimiento educativo participante contará con su propia fecha y hora de vacunación. La escuela le informará al respecto.

¿Cuáles son los requisitos para que mi hijo pueda vacunarse contra la gripe en la escuela?

¡Es fácil participar! Sólo lea las Declaraciones de información sobre vacunas, seleccione el tipo de vacuna antigripal (*spray* nasal o inyección) que desee que se le aplique a su hijo y complete, firme y envíe el formulario de consentimiento que corresponda (**AMARILLO**, para el *spray* nasal, o **VERDE**, para la inyección) a la escuela de su hijo.

¿Qué sucede si mi hijo se aplica la vacuna antigripal en el consultorio de su médico luego de haber enviado el formulario de consentimiento?

Usted deberá acercarse al establecimiento educativo y retirar el formulario de consentimiento de su hijo antes de la fecha de vacunación escolar establecida, para asegurarse de que el niño no reciba la vacuna.

¿La vacuna antigripal contiene timerosal?

Ciertas marcas incluyen este conservante en la composición de la vacuna. En la actualidad, la mayoría de las vacunas antigripales inactivadas (inyectables) sólo contiene un pequeño porcentaje de timerosal como conservante. La vacuna en forma de *spray* nasal no incluye este componente.

¿Es seguro que un niño reciba una vacuna antigripal con timerosal?

No existe evidencia científica que certifique que el pequeño porcentaje de timerosal en las vacunas provoca daños. Los sitios web que se detallan a continuación contienen información adicional:

- Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos:
<http://www.fda.gov/cber/vaccine/thimerosal.htm#t1>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades:
<http://www.cdc.gov/nip/vacsafe/concerns/thimerosal/faqs-thimerosal.htm>

¿En qué consiste el Registro de Inmunización de Hawai?

Es un sistema informático seguro que permite almacenar y rastrear los registros de inmunización de distintos pacientes. De ese modo, pone la información sólo a disposición de médicos, del personal de enfermería y de otros profesionales de la salud autorizados. Para obtener más información al respecto, visite el sitio web del Registro de Inmunización de Hawai en <http://hawaii.gov/health/family-child-health/immunization/registry/index.html> o comuníquese por teléfono al (808) 586-4665 (Oahu) o al 1-888-447-1023 (islas vecinas).

Si desea recibir información adicional sobre el programa de vacunación antigripal, ingrese en www.stopfluatschool.com o llame a Aloha United Way, al 2-1-1, de lunes a viernes, de 6 a. m. a 9 p. m.



RECUERDE LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- Seleccionar qué tipo de vacuna antigripal desea que se le aplique a su hijo.
- Completar sólo **UNO** de los dos formularios de consentimiento disponibles (**AMARILLO**, para el spray nasal, o **VERDE**, para la inyección).
- Responder todas las preguntas.
- Firmar y fechar el formulario de consentimiento.
- Enviar el formulario de consentimiento a la escuela de su hijo, antes del **11 de septiembre de 2009**.

1.	STUDENT Vaccination Consent Form	Formulario de consentimiento de vacunación del ALUMNO
2.	FLU NASAL SPRAY	VACUNA ANTIGRIPIAL EN SPRAY NASAL
3.	Student's Name (Last)	NOMBRE DEL ALUMNO (Apellido)
4.	(First)	(Primer nombre)
5.	M.I.	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
6.	Student date of birth	FECHA DE NACIMIENTO DEL ALUMNO
7.	Age in years	Edad
8.	PARENT'S/GUARDIAN'S NAME (Last)	NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (Apellido)
9.	STUDENT'S GENDER	SEXO DEL ALUMNO
10.	Select one	Seleccione uno
11.	MALE	HOMBRE
12.	FEMALE	MUJER
13.	ADDRESS	DOMICILIO
14.	CITY	CIUDAD
15.	ZIP	CÓDIGO POSTAL
16.	DAYTIME PHONE NUMBER: HOME PHONE: CELL PHONE:	NÚMERO TELEFÓNICO DURANTE EL DÍA: NÚMERO TELEFÓNICO PARTICULAR: NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR:
17.	HOMEROOM TEACHER'S NAME (Last, first)	NOMBRE Y APELLIDO DEL MAESTRO (Apellido, primer nombre)
18.	SCHOOL NAME	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO
19.	GRADE	GRADO
20.	STUDENT'S DOCTOR'S NAME (Last, first)	NOMBRE DEL MÉDICO DEL ALUMNO (Apellido, primer nombre)
21.	STUDENT'S HEALTH INSURANCE	SEGURO MÉDICO DEL ALUMNO
22.	The "Stop Flue at School" program is FREE .	El programa "Stop Flue at School" ("No más gripe en la escuela") es GRATIS .
23.	Your insurance will NOT be billed.	La cobertura proporcionada NO se facturará.
24.	Private	Privado
25.	No insurance	Sin cobertura
26.	Not sure	No estoy seguro
27.	Other:	Otro:
28.	Hawaii Immunization Registry Consent (See reverse side for information) (Select one)	CONSENTIMIENTO PARA INCLUIR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN EL REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE HAWAI (ver detalles en el reverso) (seleccione una opción)

29	I allow my child's vaccination record to be entered into the Hawaii Immunization Registry and made available to my child's doctor, the Department of Health, and other Registry Users for authorized purposes.	Autorizo a que la información de vacunación de mi hijo se incluya en el Registro de Inmunización de Hawai y a que se ponga a disposición del médico de mi hijo, del Departamento de Salud y de otros usuarios del registro, para fines autorizados.
30	I do not allow my child's vaccination record to be entered into the Hawaii Immunization Registry.	No autorizo a que la información de vacunación de mi hijo se incluya en el Registro de Inmunización de Hawai.
31	The following questions will help us to determine if your child may receive the Flu Nasal Spray (live, intranasal influenza vaccine). Please select YES or NO for each question.	Las respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a establecer si se le debe administrar a su hijo la VACUNA ANTIGRI PAL EN FORMA DE SPRAY NASAL (vacuna intranasal antigripal atenuada). Seleccione SÍ o NO en cada pregunta.
32	YES	SÍ
33	NO	NO
34	1. Has your child ever had a serious allergic reaction to eggs or to a component of any flu vaccine?	1. ¿Su hijo sufrió, alguna vez, una reacción alérgica grave provocada por el huevo o por alguno de los componentes de una vacuna antigripal?
35	2. Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?	2. ¿Su hijo sufrió, anteriormente, una reacción alérgica grave provocada por una vacuna antigripal?
36	3. Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome (a serious nervous system disorder)?	3. ¿Su hijo padeció, alguna vez, el síndrome de Guillain-Barré (un grave desorden en el sistema nervioso)?
37	4. Does your child have a long-term health problem such as heart disease, kidney disease, lung disease such as asthma, metabolic disease such as diabetes, or blood disorders such as anemia?	4. ¿Su hijo padece alguna enfermedad crónica, es decir, alguna enfermedad cardíaca o afección en los riñones o en los pulmones, como el asma, algún tipo de desorden en el metabolismo, como la diabetes, o de trastorno sanguíneo, como la anemia?
38	5. Does your child have a weakened immune system caused by cancer, cancer treatment such as x-rays or drugs, HIV/AIDS, or other disorder; is your child taking other drugs such as steroids that weaken the immune system?	5. ¿El sistema inmunológico de su hijo está debilitado a causa de algún tipo de cáncer, de tratamiento contra esa enfermedad, como los rayos X, algún medicamento o el VIH/SIDA, o de otro trastorno? ¿Su hijo toma algún medicamento con esteroides que afecte su sistema inmunológico?
39	6. Does your child live with or have close	6. ¿Su hijo vive con alguna persona

	contact with anyone with a severely weakened immune system requiring care in a protected environment?	cuyo sistema inmunológico esté tan debilitado que requiera cuidado en un ambiente protegido o tiene una relación cercana con alguna persona en esta situación?
40	7. Is your child receiving aspirin or other aspirin-containing medication?	7. ¿Su hijo toma aspirinas o algún medicamento con ese componente?
41	8. Is your child taking any prescription medicines to prevent or treat flu (i.e. Tamiflu [®] or Relenza [®])?	¿Su hijo se encuentra bajo tratamiento con algún medicamento antigripal recetado (Tamiflu [®] o Relenza [®])?
42	If you answered YES to any questions, left any questions blank, or you are unsure of the answer to any of the above questions, your child will <u>not</u> receive the Flu Nasal Spray through the school vaccination program, but may be able to receive a Flu Shot (see GREEN Flu Shot Consent Form).	Si respondió que SÍ a alguna de las preguntas, no contestó alguna de ellas o no está seguro sobre alguna de las respuestas proporcionadas, su hijo <u>NO</u> recibirá el <i>spray</i> nasal antigripal a través del programa de vacunación escolar. No obstante, se le podrá inyectar la vacuna (lea el formulario de consentimiento VERDE sobre la inyección antigripal).
43	CONSENT FOR CHILD'S VACCINATION: I have received and read the 2009-10 Vaccine Information Statement for Influenza Vaccine. <i>The Flu Nasal Spray should not be given within 4 weeks of a MMR (measles/mumps/rubella) or varicella (chickenpox) vaccine, so I will inform my child's doctor that my child will be receiving a Flu Nasal Spray vaccine at school between October – December 2009.</i> I understand the risks and benefits, and give consent to the State of Hawaii Department of Health and its authorized staff for my child, named at the top of this form, to receive the Flu Nasal Spray . My signature also certifies my decision regarding the Hawaii Immunization Registry as indicated above. In addition, I consent to having information regarding my child's influenza vaccination shared with my child's doctor and my child's health insurance company.	CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DE SU HIJO: recibí y leí la Declaración de información sobre vacunas 2009-2010 de la vacuna antigripal (<i>el SPRAY NASAL ANTIGRIPAL no debe administrarse dentro de las 4 semanas de aplicada la vacuna triple viral [contra el sarampión, las paperas y la rubéola] o la vacuna contra la varicela, por lo que le informaré al pediatra que mi hijo recibirá la vacuna en la escuela, entre octubre y diciembre de 2009.</i>) Entiendo los riesgos y los beneficios, y brindo mi consentimiento para que el Departamento de Salud del Estado de Hawai y el personal autorizado, especificado en la parte superior del presente formulario, le administren a mi hijo el SPRAY NASAL ANTIGRIPAL . Asimismo, mi firma testifica mi decisión en relación con el Registro de Inmunización de Hawai, como se indicó en la parte superior. Además, autorizo a que la información relacionada con la

		vacunación antigripal de mi hijo se divulgue al pediatra y a la compañía de seguros médicos de mi hijo.
44	Signature/Parent or Legal Guardian	Firma del padre o del tutor legal
45	Date	Fecha
46	FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY	SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO
47	Vaccine	Vacuna
48	Date dose administered	Fecha de administración de la dosis
49	Route	¿Cómo se aplicó la vacuna?
50	Vaccine manufacturer	Fabricante de la vacuna
51	Lot number	Número de partida de la vacuna
52	Expiration date	Fecha de vencimiento
53	Date of VIS publication	Fecha de publicación de las Declaraciones de información sobre vacunas (VIS, según sus siglas en inglés)
54	Name, address, & title of vaccine administrator	Nombre, domicilio y cargo de la persona que aplica la vacuna
55	Live, intranasal influenza vaccine	Vacuna antigripal intranasal atenuada
56	Intranasal	Intranasal
57	Reason Flu Nasal SPRAY NOT given:	Motivo por el que NO se administró el SPRAY NASAL ANTIGRIPAL :
58	Student had temperature of 100.5° or higher	La temperatura corporal del alumno superaba los 38 °C (100,5 °F).
59	Student refused Flu Nasal Spray	El alumno se negó a aplicarse la vacuna antigripal en forma de SPRAY NASAL .
60	Student's consent form incomplete	El formulario de consentimiento del alumno estaba incompleto.
61	Student absent	Alumno ausente.
62	Hawaii Department of Health	Departamento de Salud de Hawai
63	April 27, 2009	27 de abril de 2009
64	HAWAII IMMUNIZATION REGISTRY INFORMATION	INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE HAWAI
65	The Hawaii Immunization Registry (or "Registry") is a secure computer system that stores individual immunization records. Doctors, nurses, and other healthcare workers can use the Registry to access your child's immunization record. The Registry is a free service of the Hawaii State Department of Health for people living in Hawaii.	El Registro de Inmunización de Hawai (o el "Registro") está conformado por un sistema informático seguro que almacena registros de inmunización individuales. Éste está disponible para que los médicos, el personal de enfermería y otros profesionales de la salud lo consulten y accedan al registro de inmunización de su hijo. Es un servicio gratuito que el Departamento de Salud del Estado de Hawai le brinda a su población.

66	<p>How does the Registry work?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Doctors and nurses (Registry authorized users) can store information in the Registry. The information is used to make sure your child's immunization record is up to date. This information may include: 2. Child's name 3. Date of birth 4. Gender 5. Mailing address 6. Immunization record 	<p>¿Cómo funciona el Registro?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los médicos y el personal de enfermería (usuarios autorizados del Registro) pueden almacenar información en el Registro. Luego, la información se utiliza para garantizar que el registro de inmunización de su hijo se mantenga actualizado. Ésta puede contener los siguientes datos: 2. Nombre de su hijo 3. Fecha de nacimiento 4. Sexo 5. Dirección de correo 6. Registro de inmunización
67	<p>How does the Registry help doctors and nurses?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ The Registry will help your child's doctor or nurse: ▪ View your child's immunization record. This is especially helpful if you change clinics or doctors. ▪ Check which immunizations are needed at each visit. ▪ Print out a current Hawaii Immunization Record. <p>In times of emergency or disaster, the Registry can give important information to healthcare workers.</p>	<p>¿De qué forma ayuda el Registro a los médicos y al personal de enfermería?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El Registro ayuda al médico o a la enfermera de su hijo a realizar las siguientes tareas: ▪ Consultar el registro de inmunización de su hijo. Este punto es sumamente útil si se efectuó un cambio de clínica o de médico. ▪ Verificar qué vacunas se necesitan en cada visita. ▪ Imprimir un Registro de Inmunización de Hawai actualizado. <p>En casos de emergencia o de desastre, el Registro representa una herramienta vital, ya que les suministra a los profesionales de la salud información importante.</p>
68	<p>How does the Registry help you and your family?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The Registry helps make sure your child: 2. Doesn't miss any immunizations or 	<p>¿De qué forma ayuda el Registro a usted y a su familia?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Registro le permite asegurarse de que su hijo: 2. No se saltee ninguna vacuna

	<p>does not get too many</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Has all of the immunizations needed to: ▪ Start day care, school, or college ▪ Sign-up for camp or sports programs ▪ Prepare for stays in the hospital or long-term care facility ▪ Work in certain jobs, such as those in the healthcare sector 	<p>y reciba las justas y necesarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuento con todas las vacunas necesarias para realizar las siguientes actividades: ▪ Asistir a la guardería, la escuela o la universidad. ▪ Participar de campamentos o de programas deportivos. ▪ Prepararse para internaciones en hospitales o en instituciones médicas durante un período prolongado. ▪ Realizar determinados tipos de trabajos, como los relacionados con el área de la atención médica.
69	<p>Your Rights:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ You can choose to include or not include your child's immunization record information in the Registry. ▪ You can change your mind at any time about your decision regarding the Registry. ▪ You can work with your doctor to check your child's immunization record for errors. 	<p>Sus derechos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede optar por incluir o no la información del registro de inmunización de su hijo en el Registro general. ▪ Puede cambiar su decisión respecto del Registro, cuando lo desee. ▪ Puede trabajar junto con su médico para verificar que el registro de inmunización de su hijo no contenga errores.
70	<p>Your decision to include or not include your child's immunization record in the Registry will not affect whether or not he or she receives immunizations.</p>	<p>La decisión de incluir o no el registro de inmunización de su hijo en el Registro general no influirá, de forma alguna, en la determinación de aplicarle o de negarle las vacunas.</p>
71	<p>If you have questions or would like to check or correct your child's record, you can talk to your doctor, call the Department of Health Immunization Branch at 586-4665 (Oahu) or 1-888-447-1023 (neighbor islands), e-mail your question to: RegistryHelp@doh.hawaii.gov, or visit our website at: http://hawaii.gov/health/family-</p>	<p>Si tiene dudas o desea verificar o corregir el registro de su hijo, puede tratar el tema con su médico, comunicarse telefónicamente con la División de Inmunización del Departamento de Salud al 586-4665 (Oahu) o al 1-888-447-1023 (islas vecinas), enviar un correo electrónico con su pregunta a: RegistryHelp@doh.hawaii.gov o visitar nuestro sitio web en:</p>

	child- health/immunization/registry/index. html.	http://hawaii.gov/health/family-child- health/immunization/registry/index.html.
--	--	---

1.	STUDENT Vaccination Consent Form	Formulario de consentimiento de vacunación del ALUMNO
2.	FLU SHOT	INYECCIÓN ANTIGRIPIAL
3.	Student's Name (Last)	NOMBRE DEL ALUMNO (Apellido)
4.	(First)	(Primer nombre)
5.	M.I.	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
6.	Student date of birth	FECHA DE NACIMIENTO DEL ALUMNO
7.	Age in years	Edad
8.	PARENT'S/GUARDIAN'S NAME (Last)	NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (Apellido)
9.	STUDENT'S GENDER	SEXO DEL ALUMNO
10.	Select one	Seleccione uno
11.	MALE	HOMBRE
12.	FEMALE	MUJER
13.	ADDRESS	DOMICILIO
14.	CITY	CIUDAD
15.	ZIP	CÓDIGO POSTAL
16.	DAYTIME PHONE NUMBER: HOME PHONE: CELL PHONE:	NÚMERO TELEFÓNICO DURANTE EL DÍA: NÚMERO TELEFÓNICO PARTICULAR: NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR:
17.	HOMEROOM TEACHER'S NAME (Last, first)	NOMBRE Y APELLIDO DEL MAESTRO (Apellido, primer nombre)
18.	SCHOOL NAME	NOMBRE DE LA ESCUELA
19.	GRADE	GRADO
20.	STUDENT'S DOCTOR'S NAME (Last, first)	NOMBRE DEL MÉDICO DEL ALUMNO (Apellido, primer nombre)
21.	STUDENT'S HEALTH INSURANCE	SEGURO MÉDICO DEL ALUMNO
22.	The "Stop Flu at School" program is FREE .	El programa "Stop Flu at School" ("No más gripe en la escuela") es GRATIS .
23.	Your insurance will NOT be billed.	La cobertura proporcionada NO se facturará.
24.	Private	Privado
25.	No insurance	Sin cobertura
26.	Not sure	No estoy seguro
27.	Other:	Otro:
28.	Hawai'i Immunization Registry Consent (See reverse side for information) (Select one)	CONSENTIMIENTO PARA INCLUIR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN EL REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE HAWAI (ver detalles en el reverso) (seleccione una opción)
29.	I allow my child's vaccination record to be	Autorizo a que la información de

	entered into the Hawai'i Immunization Registry and made available to my child's doctor, the Department of Health, and other Registry Users for authorized purposes.	vacunación de mi hijo/a se incluya en el Registro de Inmunización de Hawai'i y a que se ponga a disposición del médico de mi hijo/a, del Departamento de Salud y de otros usuarios del registro, para fines autorizados.
30	I do not allow my child's vaccination record to be entered into the Hawai'i Immunization Registry.	No autorizo a que la información de vacunación de mi hijo/a se incluya en el Registro de Inmunización de Hawai'i.
31	The following questions will help us to determine if your child may receive the Flu Shot (inactivated influenza vaccine). Please select YES or NO for each question.	Las respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a establecer si se le debe administrar a su hijo/a la INYECCIÓN ANTIGRI PAL (vacuna antigripal inactivada). Seleccione SÍ o NO en cada pregunta.
32	YES	SÍ
33	NO	NO
34	1. Has your child ever had a serious allergic reaction to eggs or to a component of any flu vaccine?	1. ¿Su hijo/a sufrió, alguna vez, una reacción alérgica grave provocada por el huevo o por alguno de los componentes de una vacuna antigripal?
35	2. Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?	2. ¿Su hijo/a sufrió, anteriormente, una reacción alérgica grave provocada por una vacuna antigripal?
36	3. Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome (a serious nervous system disorder)?	3. ¿Su hijo/a padeció, alguna vez, el síndrome de Guillain-Barré (un grave desorden en el sistema nervioso)?
37	NOT ON THIS FORM	
38	NOT ON THIS FORM	
39	NOT ON THIS FORM	
40	NOT ON THIS FORM	
41	NOT ON THIS FORM	
42	If you answered YES to any questions, left any questions blank, or you are unsure of the answer to any of the above questions, your child will <u>not</u> receive the Flu Shot (inactivated influenza vaccine) through the school vaccination program (please talk to your child's doctor).	Si respondió que SÍ a alguna de las preguntas, no contestó alguna de ellas o no está seguro sobre alguna de las respuestas proporcionadas, su hijo/a <u>no</u> recibirá la inyección antigripal (vacuna antigripal inactivada) a través del programa de vacunación escolar (consulte con el médico de su hijo/a).
43	CONSENT FOR CHILD'S VACCINATION: I have received and read the 2009-10 Vaccine Information Statement for Influenza Vaccine. I	CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DE SU HIJO/A: recibí y leí la Declaración de información sobre vacunas 2009-2010 de la vacuna

	understand the risks and benefits, and give consent to the State of Hawai'i Department of Health and its authorized staff for my child, named at the top of this form, to receive the Flu Shot . My signature also certifies my decision regarding the Hawai'i Immunization Registry as indicated above. In addition, I consent to having information regarding my child's influenza vaccination shared with my child's doctor and my child's health insurance company.	antigripal. Entiendo los riesgos y los beneficios, y brindo mi consentimiento para que el Departamento de Salud del Estado de Hawai'i y el personal autorizado, le administren a mi hijo/a, especificado en la parte superior del presente formulario, la inyección antigripal . Asimismo, mi firma testifica mi decisión en relación con el Registro de Inmunización de Hawai'i, como se indicó en la parte superior. Además, autorizo a que la información relacionada con la vacunación antigripal de mi hijo/a se divulgue al pediatra y a la compañía de seguros médicos de mi hijo/a.
44	Signature/Parent or Legal Guardian	Firma del padre o del tutor legal
45	Date	Fecha
46	FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY	SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO
47	Vaccine	Vacuna
48	Date dose administered	Fecha de administración de la dosis
49	Route	Ruta de aplicación
50	Vaccine manufacturer	Fabricante de la vacuna
51	Lot number	Número de partida de la vacuna
52	Expiration date	Fecha de vencimiento
53	Date of VIS publication	Fecha de publicación de las Declaraciones de información sobre vacunas (VIS, según sus siglas en inglés)
54	Name, address, & title of vaccine administrator	Nombre, domicilio y cargo de la persona que aplica la vacuna
55	NOT ON THIS FORM	
56	NOT ON THIS FORM	
57	Reason FLU SHOT <u>NOT</u> given:	Motivo por el que NO se administró la INYECCIÓN ANTIGRIPAL :
58	Student had temperature of 100.5° or higher	La temperatura corporal del alumno superaba los 38 °C (100,5 °F).
59	Student refused Flu Shot	El alumno se negó a aplicarse la INYECCIÓN ANTIGRIPAL.
60	Student's consent form incomplete	El formulario de consentimiento del alumno estaba incompleto.
61	Student absent	Alumno ausente.
62	Hawai'i Department of Health	Departamento de Salud de Hawai'i
63	April 27, 2009	27 de abril de 2009
64	HAWAII IMMUNIZATION REGISTRY INFORMATION	INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE HAWAII

65	<p>The Hawai'i Immunization Registry (or "Registry") is a secure computer system that stores individual immunization records. Doctors, nurses, and other healthcare workers can use the Registry to access your child's immunization record. The Registry is a free service of the Hawai'i State Department of Health for people living in Hawai'i.</p>	<p>El Registro de Inmunización de Hawai'i (o el "Registro") está conformado por un sistema informático seguro que almacena registros de inmunización individuales. Éste está disponible para que los médicos, el personal de enfermería y otros profesionales de la salud lo consulten y accedan al registro de inmunización de su hijo/a. Es un servicio gratuito que el Departamento de Salud del Estado de Hawai'i le brinda a su población.</p>
66	<p>How does the Registry work?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doctors and nurses (Registry authorized users) can store information in the Registry. The information is used to make sure your child's immunization record is up to date. This information may include: ▪ Child's name ▪ Date of birth ▪ Gender ▪ Mailing address ▪ Immunization record 	<p>¿Cómo funciona el Registro?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los médicos y el personal de enfermería (usuarios autorizados del Registro) pueden almacenar información en el Registro. La información se utiliza para garantizar que el registro de inmunización de su hijo/a se mantenga actualizado. Ésta puede contener los siguientes datos: ▪ Nombre de su hijo/a ▪ Fecha de nacimiento ▪ Sexo ▪ Dirección de correo ▪ Registro de inmunización
67	<p>How does the Registry help doctors and nurses?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The Registry will help your child's doctor or nurse: 2. View your child's immunization record. This is especially helpful if you change clinics or doctors. 3. Check which immunizations are needed at each visit. 4. Print out a current Hawai'i Immunization Record. <p>In times of emergency or disaster, the Registry can give important information to healthcare workers.</p>	<p>¿De qué forma ayuda el Registro a los médicos y al personal de enfermería?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Registro ayuda al médico o a la enfermera de su hijo/a a realizar lo siguiente: 2. Consultar el registro de inmunización de su hijo/a. Este punto es sumamente útil si se efectuó un cambio de clínica o de médico. 3. Verificar qué vacunas se necesitan en cada visita. 4. Imprimir un Registro de Inmunización de Hawai'i actualizado. <p>En casos de emergencia o de desastre,</p>

		el Registro puede suministrarles información importante a los profesionales de la salud.
68	<p>How does the Registry help you and your family?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ The Registry helps make sure your child: ▪ Doesn't miss any immunizations or does not get too many <ul style="list-style-type: none"> ▪ Has all of the immunizations needed to: ▪ Start day care, school, or college ▪ Sign-up for camp or sports programs ▪ Prepare for stays in the hospital or long-term care facility ▪ Work in certain jobs, such as those in the healthcare sector 	<p>¿De qué forma ayuda el Registro a usted y a su familia?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El Registro le permite asegurarse de que su hijo/a: ▪ No le falte ninguna vacuna y que no reciba más de las necesarias. ▪ Cuento con todas las vacunas necesarias para realizar las siguientes actividades: ▪ Asistir a la guardería, la escuela o la universidad. ▪ Participar de campamentos o de programas deportivos. ▪ Prepararse para internaciones en hospitales o en instituciones médicas de período prolongado. ▪ Realizar determinados tipos de trabajos, como los relacionados con el área de la atención médica.
69	<p>Your Rights:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ You can choose to include or not include your child's immunization record information in the Registry. ▪ You can change your mind at any time about your decision regarding the Registry. ▪ You can work with your doctor to check your child's immunization record for errors. 	<p>Sus derechos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede optar por incluir o no la información del registro de inmunización de su hijo/a en el Registro general. ▪ Puede cambiar su decisión respecto del Registro, cuando lo desee. ▪ Puede trabajar junto con su médico para verificar que el registro de inmunización de su hijo/a no contenga errores.
70	Your decision to include or not include your child's immunization record in the Registry will not affect whether or not he or she receives immunizations.	La decisión de incluir o no el registro de inmunización de su hijo/a en el Registro general no influirá, de forma alguna, en la determinación de aplicarle o de negarle las vacunas.
71	If you have questions or would like to check or correct your child's	Si tiene preguntas o desea verificar o corregir el registro de su hijo/a, puede

	<p>record, you can talk to your doctor, call the Department of Health Immunization Branch at 586-4665 (Oahu) or 1-888-447-1023 (neighbor islands), e-mail your question to: RegistryHelp@doh.hawaii.gov, or visit our website at: http://hawaii.gov/health/family-child-health/immunization/registry/index.html.</p>	<p>tratar el tema con su médico, comunicarse telefónicamente con la División de Inmunización del Departamento de Salud al 586-4665 (Oahu) o al 1-888-447-1023 (islas vecinas), enviar un correo electrónico con su pregunta a: RegistryHelp@doh.hawaii.gov o visitar nuestro sitio web en: http://hawaii.gov/health/family-child-health/immunization/registry/index.html.</p>
72	Site	Lugar de aplicación
73	RA	Brazo derecho
74	LA	Brazo izquierdo
75	IM	Intramuscular
76	Inactivated influenza vaccine	Vacuna antigripal inactivada