



Septiembre de 2009

Estimados padres/tutores:

El virus de la gripe H1N1 2009 ha causado enfermedades desde ligeras hasta graves. Muchos niños han contraído la infección H1N1 2009 y ha habido grandes brotes en algunas escuelas en diferentes lugares del país.

**La vacuna es la mejor protección para esta enfermedad potencialmente grave.** Esta vacuna es diferente de la vacuna para la gripe estacional. Se recomienda que todos los niños y adultos jóvenes de los 6 meses a los 24 años de edad se vacunen contra el virus H1N1 2009 tan pronto como la vacuna esté disponible. Las vacunas estarán disponibles muy pronto en el Departamento de Salud de Cincinnati.

Nuestro Departamento de Salud está trabajando con la escuela de su hijo para que el próximo mes todos los niños reciban la vacuna contra la gripe H1N1 2009 en la escuela. **La vacunación es gratis.** A los niños de menos de 10 años de edad puede ser necesario darles una segunda dosis (menores de 9 años que estén vacunados y menores de 10 años que hayan recibido la vacuna en forma de inhalador).

Además de los niños, otras personas serán elegibles para recibir las primeras dosis de la vacuna contra la gripe H1N1 2009:

- Embarazadas
- Personas que vivan con niños menores de 6 meses de edad o se encarguen de cuidarlos
- Trabajadores de servicios de salud y emergencias médicas, y
- Personas de 25 a 64 años de edad que padezcan enfermedades tales como VIH, diabetes o enfermedades cardíacas o pulmonares.

El formulario de autorización adjunto le permite aceptar o rechazar la vacunación de su hijo o una persona que pertenezca a alguna de las categorías indicadas anteriormente. Se necesitará un formulario de autorización separado para cada persona que vaya a vacunarse. Para recibir la vacuna deberá completarse un formulario de autorización:

- 1) Firme e incluya la fecha en el formulario de autorización, y envíelo a la escuela. El personal de la escuela le informará cuándo se realizarán las clínicas de vacunación. Si cambia de opinión con respecto a la autorización o necesita más formularios, llame a la Oficina de Salud Escolar del Departamento de Salud de Cincinnati al teléfono 513-357-2815.
- 2) Imprima el formulario de autorización del sitio Web de las Escuelas Públicas de Cincinnati <http://www.cps-k12.org>, complételo y envíelo a la escuela.

**Envíe el formulario de autorización de vacunación completo antes del miércoles 7 de octubre de 2009.**

Si tiene alguna pregunta sobre la vacuna o las clínicas de vacunación, llame al 513-357-2815. Por más información sobre el virus H1N1, visite el sitio <http://www.cdc.gov/h1n1flu/> o <http://www.cdc.gov/h1n1flu/parents>. El proveedor de servicios médicos de su hijo puede responder a sus preguntas sobre el virus de la gripe H1N1 2009 y puede vacunar a su hijo contra la gripe H1N1 2009 y la gripe estacional.

Atentamente,

Mary Ronan  
Superintendente de Escuelas  
Escuelas Públicas de Cincinnati

Marilyn Crumpton, M.D., MPH  
Directora Médica de Salud de Escolares y Adolescentes  
Departamento de Salud de Cincinnati

**Cincinnati Health Department/Departamento de Salud de Cincinnati**  
**Consent Form for Free 2009 H1N1 Influenza Vaccine/**  
**Formulario de autorización para la vacuna gratuita contra la gripe H1N1 2009**

**Section 1: Information about the Person to Receive Vaccine (please print)/Datos de la persona que será vacunada (en letra de imprenta)**

NAME/ (Last)/APELLIDO		(First)/(Primer nombre)	(M.I.)/Inicial	DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO Month/Mes ___ day/día ___ year/año ___	
PARENT/LEGAL GUARDIAN'S NAME (Last) / APELLIDO DEL PADRE O TUTOR		(First)/(Primer nombre)	(M.I.)/Inicial	AGE/EDAD	GENDER/SEXO M / F
ADDRESS/DOMICILIO			DAYTIME PHONE NUMBER/NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA:		
CITY/CIUDAD	STATE/ESTADO	ZIP/CÓDIGO POSTAL			
SCHOOL NAME/NOMBRE DE LA ESCUELA			GRADE/HOMEROOM - GRADO/SALÓN DE CLASE		

**Section 2: Screening for Vaccine Eligibility/Información para determinar la elegibilidad para la vacuna**

If the person has already been vaccinated with 2009 H1N1 influenza vaccine, please tell us the number of doses and dates of vaccination./

Si la persona ya fue vacunada contra la gripe H1N1 2009, indique el número de dosis recibidas y la fecha de la vacunación.

Date received/Fecha: month/mes \_\_\_ day/día \_\_\_ year/año \_\_\_ Form (please circle)/Forma (encerrar en círculo): nasal spray/aerosol nasal-shot/inyección

Date received/Fecha: month/mes \_\_\_ day/día \_\_\_ year/año \_\_\_ Form (please circle)/Forma (encerrar en círculo): nasal spray/aerosol nasal-shot/inyección

The following questions will help us know if the person can get the 2009 H1N1 influenza vaccine. Please mark YES or NO for each question./

Las siguientes preguntas nos ayudarán a saber si la persona puede recibir la vacuna contra la gripe H1N1 2009. Indique SÍ o NO en cada pregunta.

**A. Please check all that apply for the person listed above/Maque todo lo que corresponda a la persona descrita más arriba:**

- \_\_\_\_\_ Is between 6 months and 24 years old/Tiene entre 6 meses y 24 años de edad
- \_\_\_\_\_ Lives with or cares for children less than 6 months of age/Vive con niños menores de 6 meses de edad o los cuida
- \_\_\_\_\_ Is pregnant/Está embarazada
- \_\_\_\_\_ Works in healthcare or emergency services/Trabaja en un servicio de salud o emergencia médica
- \_\_\_\_\_ Is 25 thru 64 years old and has a chronic health condition/Tiene entre 25 y 64 años y padece una enfermedad crónica  
(Please list) /(Indicar enfermedad): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Does not fit any category but would like to be vaccinated/No corresponde a ninguna de las categorías pero desearía ser vacunada

**B. If you answer "NO" to all four of the following questions, the person can probably get the influenza vaccine. If you answer "YES" to one or more of the following four questions, the person may be able to get the 2009 H1N1 vaccine, but we will contact you to discuss your options./ Si responde "NO" a las cuatro preguntas siguientes, es probable que la persona pueda recibir la vacuna contra la gripe. Si responde "SÍ" a una o más de las siguientes preguntas, la persona podría recibir la vacuna contra la gripe H1N1 2009, pero nos comunicaremos con usted para analizar sus opciones.**

	YES/ SÍ	NO
1. Does the person have a serious allergy to eggs? / ¿Sufre alergia grave a los huevos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the person have any other serious allergies? / ¿Sufre otras alergias graves?: Please list / Indíquelas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the person ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine? / ¿Tuvo alguna vez una reacción grave a una dosis anterior de vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has the person ever had Guillain-Barré Syndrome (a temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving flu vaccine? / ¿Ha sufrido el síndrome de Guillain-Barré (debilidad muscular grave temporaria) dentro de las 6 semanas siguientes a la vacuna contra la gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Cincinnati Health Department/Departamento de Salud de Cincinnati**  
**Consent Form for Free 2009 H1N1 Influenza Vaccine/**  
**Formulario de autorización para la vacunación gratuita contra la gripe H1N1 2009**

- C. There are two kinds of 2009 H1N1 vaccine. Your answers to these questions will help us know which of the two kinds of vaccine the person can get.  
 Existen dos tipos de vacuna contra la gripe H1N1 2009. Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán determinar cuál de los dos tipos puede recibir.

	YES/ SÍ	NO
1. Has the person received any of the following vaccinations within the past 30 days? MMR, Varicella, FluMist. If yes, give type and date. / ¿Recibió alguna de las siguientes vacunas en los últimos 30 días? Triple viral (MMR), varicela, vacuna intranasal contra la gripe (FluMist). En caso afirmativo, indique cuál y la fecha. Recent Vaccinations / Vacunas recientes: _____ Date given/Fecha de la vacunación reciente: month/mes _____ day/día _____ year/año _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the person have any of the following: asthma, diabetes (or other type of metabolic disease), or disease of the lungs, heart, kidneys, liver, nerves, or blood? / ¿Sufre la persona alguna de las siguientes enfermedades: asma, diabetes (u otro tipo de enfermedad metabólica), o enfermedad pulmonar, cardíaca, renal, hepática, nerviosa o sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is the person on long-term aspirin or aspirin-containing therapy (for example, does the person take aspirin every day)? / ¿Recibe la persona algún tratamiento a largo plazo que incluya aspirina o medicamentos que contengan aspirina? Por ejemplo, ¿consume aspirina todos los días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Does the person have a weak immune system (for example, from HIV, cancer, or medications such as steroids or those used to treat cancer)? / ¿Tiene la persona un sistema inmunitario débil (por ejemplo, a causa de VIH, cáncer o medicamentos tales como esteroides o los utilizados para el tratamiento del cáncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is the person pregnant? / ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Does the person have close contact with someone who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow transplant)? / ¿Tiene la persona contacto directo con alguien que necesite cuidados en un ambiente protegido, como, por ejemplo, alguien que recientemente haya recibido un trasplante de médula ósea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Section 3: Consent/Autorización**

**CONSENT FOR VACCINATION / AUTORIZACIÓN DE LA VACUNACIÓN:**

I understand that I will receive the **2009-2010 Vaccine Information Statement** for the 2009 H1N1 influenza vaccine and the **Cincinnati Health Department Notice of Privacy Practices** at the time of vaccination. / Entiendo que cuando me den la vacuna me van a entregar la **Declaración de información de la vacuna 2009-2010** contra la gripe H1N1 2009 y la **Notificación de las prácticas de privacidad del Departamento de Salud de Cincinnati**.

I GIVE CONSENT to the Cincinnati Health Department and its staff for the person named at the top of this form to receive this vaccine. (If this consent form is not signed, dated, and returned, the vaccination will not be given.) / AUTORIZO al Departamento de Salud de Cincinnati y su personal a vacunar a la persona indicada al principio de este formulario. (Si esta autorización no está firmada y fechada o no ha sido enviada, la persona no será vacunada.)  
 Signature of Person/Parent/Legal Guardian / Firma de la persona o de su padre o tutor \_\_\_\_\_  
 Date/Fecha: month/mes \_\_\_\_\_ day/día \_\_\_\_\_ year/año \_\_\_\_\_

I DO NOT GIVE CONSENT to the Cincinnati Health Department and its staff for my child named at the top of this form to be vaccinated. / NO AUTORIZO al Departamento de Salud de Cincinnati y su personal a vacunar a mi hijo, cuyo nombre se indica al principio de este formulario.  
 Signature of Person/Parent/Legal Guardian / Firma de la persona o de su padre o tutor \_\_\_\_\_  
 Date/Fecha: month/mes \_\_\_\_\_ day/día \_\_\_\_\_ year/año \_\_\_\_\_

**Section 4: Vaccination Record (FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY)/Registro de vacunación (SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO)**

Vaccine/ Vacuna	Date Dose Administered / Fecha de vacunación	Route / Vía	Vaccine Manufacturer / Fabricante de la vacuna	Lot Number / Número de lote	Name and Title of Vaccine Administrator / Nombre y cargo del vacunador
H1N1 2009	/ /	<input type="checkbox"/> IM / intramuscular <input type="checkbox"/> Intranasal			
Required booster if <9 years / Refuerzo obligatorio si es menor de 9 años	/ /	<input type="checkbox"/> IM / intramuscular <input type="checkbox"/> Intranasal			