



Floyd County Health Department
123 Parkview Road, SE
Floyd, VA 24091
Phone: 540-745-2142
Fax: 540-745-4929

Giles County Health Department
120 North Main Street
Pearisburg, VA 24134
Phone: 540-235-3135
Fax: 540-921-1335

Noelle Bissell, MD, Director

Montgomery County Health
Department 210 South Pepper
Street, Suite A Christiansburg,
VA 24073
Phone: 540-585-3300
Fax: 540-381-7104

Radford City Health Department
220 E. Main Street
Radford, VA 24141
Phone: 540-267-8255
Fax: 540-831-6109

Pulaski County Health Department
170 4th Street, NW
Pulaski, VA 24301
Phone: 540-440-2188
Fax: 540-994-5036



Pulaski County Environmental Health
143 3rd Street, NW, Suite 4
Pulaski, VA 24301
Phone: 540-440-2166
Fax: 540-994-5039

Dear Parent/Guardian,

We are delighted to let you know about a collaborative effort between the New River Health District (NRHD) and Pulaski County Public Schools to provide vaccinations in the schools.

Flu season is almost here and we want to help keep your children and the adults who care for them healthy. The flu is a highly contagious viral illness. It can spread rapidly in crowded, close quarters such as classrooms; one can be contagious and spreading disease a full 24 hours before even feeling sick. Flu can lead to serious health issues like pneumonia and can cause students to miss several days of class which can negatively impact learning. Each year many children are hospitalized from complications related to the flu. That is why it is so important for us to work together to protect our children and ourselves! Here are some ways to reduce the spread of illness:

➤ **Get Vaccinated Every Year**

A flu vaccine is the best way to protect against the flu. Everyone 6 months and older with no contraindications should get a flu vaccine each year.

➤ **Use Good Hand Hygiene**

Children need to be reminded to wash their hands often. This is especially true for younger children who are likely to wipe their noses or rub their eyes and then handle objects or touch other children.

➤ **Practice Good Cough Etiquette**

It's also important to cover the mouth and nose when coughing or sneezing. If tissue isn't available, it's best to cough or sneeze into the elbow or shoulder, not into hands. It's also important to avoid touching the eyes, nose or mouth, as germs are spread this way.

The students of Pulaski County Public Schools will have the opportunity to receive the influenza vaccine in the month of October this year. The NRHD hopes that this will be a convenient option for families. In order for the NRHD to provide a vaccination to your child we must have your consent. Please **complete, sign, and return** the attached Student Influenza Vaccination Consent form to your child's school by **September 18, 2017**. In addition, you will want to read and keep the *Influenza Vaccine Information Statement*. If a completed and signed consent form is not returned to the school, your child will not be given the vaccination at school.

There will be no charge to parents of children who choose to receive the flu vaccine; however, state law requires that local health departments collect your insurance information and bill for costs associated with the administration of the vaccine. Any cost not covered by your insurance will not be billed to you.

Please remember that this vaccination opportunity is entirely voluntary and it does not eliminate the need for your child to receive regular check-ups with a primary care physician.

Sincerely,

Noelle Bissell, M.D.
New River Health District Health Director
Virginia Department of Health

Influenza (Flu) Vaccine (Inactivated or Recombinant): *What you need to know*

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

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.

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. Sitting 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





**2017-18 STUDENT INFLUENZA VACCINATION CONSENT FORM
INACTIVATED INFLUENZA (IIV) ONLY**



Name: _____
Last First Middle

Date of Birth: ____/____/____ Age: ____ Gender: M F

If minor - parent/guardian's name: _____
Last First M.I.

Parent/Guardian's Date of Birth: ____/____/____ Parent's SSN: _____ - ____ - ____
optional

Address: _____ City/State: _____ ZIP: _____

School _____ Home Room Teacher: _____ Grade: _____

IMPORTANT Parent/Guardian Phone # Home: _____ Cell: _____ Work: _____

Health Department Use Only
 CI #: _____
 Encounter #: _____
 Receipt #: _____

Please check YES or NO to all of the questions below to determine if your child can receive the Inactivated Influenza Vaccine ("flu shot"). The nurse giving the vaccine will review this information on the day of the vaccine clinic.

- | | YES | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Has your child ever had a serious allergic reaction to any component of any flu vaccine (eggs, gentamicin, gelatin and arginine)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine in the past? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Has your child ever had Guillain-Barré syndrome (GBS, i.e., progressive ascending paralysis)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If you answered YES to any of questions 1, 2 or 3 above about serious allergy, reaction or GBS, flu vaccine may not be safe for your child and s/he WILL NOT receive a flu vaccine.

NOTICE OF DEEMED CONSENT FOR HIV, HEPATITIS B OR C TESTING

VDH is required by § 32.1-45.1 of the Code of Virginia (1950), as amended, to give you the following notice:

1. If any VDH health care professional, worker or employee should be directly exposed to your child's blood or body fluids in a way that may transmit disease, I understand that the law requires my child to give a venous blood sample for further tests. I understand that the tests to be performed are for human immunodeficiency virus (HIV), as well as for Hepatitis B and C. A physician or other health care provider will tell you the result of the test. 2. If your child should be directly exposed to blood or body fluids of a VDH health care professional, worker or employee in a way that may transmit disease, that person's blood will be tested for infection with human immunodeficiency virus (HIV), as well as for Hepatitis B and C. A physician or other health care provider will tell you and that person the result of the tests. I consent to such testing and the release of the test results to the person who was exposed.

CONSENT FOR CHILD'S VACCINATION: In October 2017, will your child be less than 9 years of age? No Yes

Please complete the next set of questions and sign.

My child is **under 9 years of age** and:

- has NEVER been vaccinated against the flu. **Note: Your child will require 2 doses this year.**
- has not been vaccinated with at least 2 doses of seasonal influenza vaccine before July 1, 2017. **Note: Your child will require 2 doses this year**

I have read the Vaccination Information Statement (VIS) for the Inactivated Influenza Vaccine (flu shot), I understand the risks and benefits, and I give consent to the Health Department and its authorized staff for my child named at the top of this form to receive the inactivated injectable influenza vaccine (shot). **If needed, I give my consent for my child to receive the second dose approximately 4 weeks after the first.**

Signature of Parent or Legal Guardian: _____ Date: ____/____/____

Insurance*: Please answer the following: This information is required for federal funding purposes for VFC vaccines.

***Note:** Vaccines will be provided to your child without cost to you if your child is eligible for the Vaccines for Children Program. If your child is covered by a private health insurance plan, the Department is required by law to seek reimbursement for all allowable costs associated with the provision of the vaccine.

My child: () is **not** insured (by private insurance, Medicaid, or FAMIS)
 () is American Indian or is an Alaska Native
 () **is** insured Name of Insurance Provider: _____
 Policy holder's name: _____ DOB: _____
 Policy ID Number: _____
 Group ID Number: _____
 Insurance company address (for claims): _____
 Insurance company phone number: _____

Please provide a copy of the front and back of insurance card.

Office of Privacy and Security

Authorization for Disclosure of Protected Health Information

This consent gives the Virginia Department of Health (VDH) permission to disclose personal health information to the person(s) or organization(s) I have indicated.

- I understand the provision of treatment to my child cannot be conditioned on my signing of this authorization.
- Any health information redisclosed by me or my child will no longer be protected by this authorization.
- The original or a copy of the authorization shall be included with my child's medical record.
- I have the right to revoke this authorization at any time, except to the extent that action has been taken prior to my request to withhold my medical record. The request must be in writing and will be effective upon delivery to the provider in possession of my medical records.
- I authorize VDH to disclose my child's health information to his/her primary care physician and school.
- I understand that this record will be retained until my child reaches 21 years of age.
- I authorize VDH release records necessary to support the application for payment by Medicare, Medicaid, and other health care benefits. The third party payer to pay any authorized benefits to VDH on my behalf.
- I understand this document will be given to and retained by the public health department and will not be maintained by the school.

Please check box if you wish to receive a copy of the Virginia Department of Health Privacy Rights.

Please note that parents will be responsible for notifying any pediatricians or family physicians of immunizations received during any school clinics.

HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

Date	Item code	Funding Source	Lot Number	Vaccine Administration Site	Provider #
		VFC STATE 317 LHD (chargeable)		RA LA	
		VFC STATE 317 LHD (chargeable)		RA LA	
Comments					
Provider Name/Signature and Date					

DECLARACION DE INFORMACIÓN DE VACUNA

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

Many Vaccine Information Statements are available in English, Spanish and other languages. See www.immunize.org/vis

Las hojas de Información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

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 tos, 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
- cansancio
- tos
- dolor de cabeza
- congestión o secreción nasal

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 timerosal, un preservativo que contiene mercurio. Los estudios no han demostrado que el timerosal en las vacunas es dañino, pero hay vacunas antigripales disponibles que no contienen timerosal.

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

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 cierto 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 todas, 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 esto.
- **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 resuelven solos, pero también pueden ocurrir reacciones graves.



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

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
- Ronquera
- Dolor, enrojecimiento o comezón en los ojos
- Tos
- Fiebre
- Dolores
- 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 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:

- Desmayos breves pueden ocurrir después de cualquier procedimiento médico, incluso la vacunación. Para evitar desmayos y heridas causadas por ellos, siéntese o acuéstese 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 padecen de un dolor agudo y amplitud de movimiento reducida 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, estimados en menos de 1 en un millón de dosis, y normalmente pasa 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, ritmo 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 1-800-822-7967.

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

Office Use Only





FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA ANTIGRI PAL PARA ESTUDIANTES DE 2017-18
SOLAMENTE ANTIGRI PAL INACTIVADA (IIV)



Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Género: M F

Si es menor – nombre del padre/tutor: _____
Apellido Nombre Inicial Segundo nombre.

Fecha de nacimiento del padre/tutor: ____/____/____ # Seguro social padre: _____ - _____ - _____
opcional

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Grado: _____ Maestro del salón de clases base: _____ Escuela: _____

IMPORTANTE #de teléfono Padre/Tutor Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Health Department Use Only
CI #: _____
Encounter #: _____
Receipt #: _____

Por favor marque SÍ o NO en todas las preguntas a continuación para determinar si su hijo(a) puede recibir la vacuna antigripal (“vacuna inyectada contra la influenza”). La enfermera que aplicará la vacuna revisará esta información el día de la vacunación.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo(a) ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a cualquiera de los componentes en cualquier de vacuna antigripal (huevos, gentamicina, gelatina, arginina)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En el pasado, ¿su hijo(a) ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a una previa dosis de la vacuna antigripal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Su hijo(a) alguna vez ha padecido el síndrome de Guillain-Barré? (GBS, es decir, parálisis ascendente progresiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usted ha respondido SI a cualquiera de las anteriores preguntas 1, 2 o 3 sobre una alergia grave, reacción o GBS, es posible que la vacuna antigripal no sea segura para su hijo(a) y él/ella NO recibirá la vacuna antigripal.

AVISO DE CONSENTIMIENTO PRESUNTO PARA LAS PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B O C

VDH está obligado por § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), según enmendado, a darle a usted el siguiente aviso:

1. Si un profesional de atención de la salud, trabajador o empleado de VDH estuviera directamente expuesto a la sangre o líquidos corporales de su niño de forma que se pueda transmitir una enfermedad, entiendo que la ley exige que mi niño dé una muestra de sangre venosa para hacer más pruebas. Entiendo que las pruebas a hacer son para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como para Hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención de la salud le dirá a usted el resultado de la prueba. 2. Si su niño estuviera directamente expuesto a la sangre o líquidos corporales de un profesional de atención de salud, trabajador o empleado de VDH de una forma que se pueda transmitir una enfermedad, se realizará una prueba de la sangre de esa persona para detectar si hay infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como para Hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención de la salud le dirá a usted y a esa persona el resultado de la prueba. Doy mi consentimiento para dicha prueba y la liberación de los resultados de la prueba a la persona que fue expuesta.

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO: En octubre de 2017, ¿su hijo tendrá menos de 9 años de edad? No Sí Por favor complete la siguiente serie de preguntas y firme.

Mi hijo (a) tiene **menos de 9 años de edad** y:

NUNCA ha sido vacunado contra la gripe. **Nota: Su hijo(a) necesitará dos dosis este año.**

no ha sido vacunado por lo menos con 2 dosis de la vacuna antigripal estacional antes del 1º de julio de 2017. **Nota: Su hijo(a) necesitará 2 dosis este año**

He leído la Declaración de Información de Vacunación (VIS) para la Vacuna Antigripal Inactivada (vacuna inyectada contra la influenza), entiendo los riesgos y beneficios, y doy mi consentimiento al Departamento de Salud y su personal autorizado para que mi hijo(a) nombrado(a) en la parte superior de este formulario reciba la vacuna antigripal inactivada inyectable (inyección). **Si es necesario, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba la segunda dosis aproximadamente 4 semanas después de la primera.**

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: ____/____/____

Seguro *: Por favor conteste lo siguiente: Esta información es requerida para fines de financiamiento federal de las vacunas de VFC.

***Nota:** Se le administrarán las vacunas a su hijo(a) sin costo alguno para usted si su hijo(a) es elegible para el Programa de Vacunas Infantiles (VFC). Si su hijo(a) cuenta con cobertura de un plan de seguro de salud privado, la ley exige que el Departamento solicite el reembolso de todos los costos permisibles relacionados con la administración de la vacuna.

Mi hijo(a): () *no* está asegurado (por un seguro privado, Medicaid o FAMIS)
 () es indio americano o nativo de Alaska
 () tiene Medicaid - # de Medicaid: _____
 () tiene FAMIS - # FAMIS: _____
 () tiene otro seguro no mencionado anteriormente (especifique el plan) _____
 # de identificación de la póliza _____ Nombre del titular de la póliza _____

Adjunte una copia del frente y atrás de la tarjeta del seguro o proporcione la siguiente información:

Dirección de la compañía aseguradora _____
 Número de teléfono de la compañía aseguradora _____

Oficina de Privacidad y Seguridad

Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida

Este consentimiento otorga al Departamento de Salud de Virginia (VDH) permiso para divulgar información de salud personal a la(s) persona(s) u organización(es) que he indicado.

- Entiendo que la prestación de tratamiento a mi hijo(a) no puede estar condicionada por el hecho de que yo firme esta autorización.
- Cualquier información de salud que vuelva a divulgar yo o mi hijo(a) ya no estará protegida por esta autorización.
- El original o la copia de la autorización se deberán incluir en la historia clínica de mi hijo(a).
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto que se hayan tomado medidas antes de mi solicitud de retener mi historia clínica. La solicitud debe realizarse por escrito y tendrá vigor cuando la misma se entregue al proveedor en posesión de mi historia clínica.
- Autorizo al VDH a divulgar información de la salud de mi hijo(a) a su médico de atención primaria y a la escuela.
- Entiendo que esta historia clínica se retendrá hasta que mi hijo(a) cumpla 21 años.
- Autorizo a VDH a divulgar los expedientes necesarios para apoyar la solicitud de pago por Medicare, Medicaid y otros beneficios de atención de salud. El tercero pagador pagará cualquier beneficio autorizado a VDH en mi nombre.
- Comprendo que este documento será entregado y retenido por el departamento de salud pública y no será conservado por la escuela.

Marque la casilla si desea recibir una copia de los Derechos de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

Por favor enviar una copia del registro de vacunación de mi hijo(a) a su doctor a la siguiente dirección.

Nombre del médico _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

Date	Item code	Funding Source	Lot Number	Vaccine Administration Site	Provider #
		VFC STATE 317 LHD (chargeable)		RA LA	
		VFC STATE 317 LHD (chargeable)		RA LA	
Comments					
Provider Name/Signature and Date					