

# It's flu season . . . Will your child be protected?

## Free flu shots are available to District 89 students!



### FREE TO DISTRICT 89 STUDENTS

- **All students are eligible** - Medicaid, private health insurance or no health insurance
- A flu vaccination is the best way to protect against the flu
- Your child needs a vaccination every year
- Even healthy children have died from the flu and most of those were not vaccinated

**WHERE:** Stevenson and Irving Middle Schools

**WHEN:** **Stevenson:** Dec. 10, 2018  
**Irving:** Dec. 17, 2018

To read about the benefits and possible risks of the flu vaccine before you sign the consent form, go to: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/flu.pdf>

**Please return a signed consent form to your student's teacher by Dec. 3, 2018**

The Pediatric Mobile Health Van is operated by Loyola Medicine.

Loyola University School of Nursing operates a School-based Health Center at Proviso East High School.

*Partners for your child's health!*



**LOYOLA  
MEDICINE**

Pediatric Mobile Health Unit



**DISTRICT 89**



**MARCELLA  
NIEHOFF**  
SCHOOL of NURSING

# Es la temporada de gripe.. esta protegido su hijo? Vacunas gratis contra la gripe para todo los estudiantes del Distrito 89!



## GRATIS PARA TODOS LOS ESTUDIANTES DEL DISTRICTO 89

- **Todos los estudiantates serán eligible** - Medicaid, seguro médico privado o sin seguro de salud
- La vacuna contra la gripe es la mayor manera de proteger contra la gripe
- Su hijo necesita una vacunación cada año
- Los niños aún sanos han muerto por la gripe y la mayoría de ellos no fueron vacunados

**LOCACION:** Stevenson and Irving  
Middle Schools

**FECHA:** **Stevenson:** Dec. 10, 2018  
**Irving:** Dec. 17, 2018

Para leer sobre los beneficios y posibles riesgos de la vacuna contra la gripe antes de firmar el formulario de consentimiento, vaya a:

[http://www.immunize.org/vis/spanish\\_flu\\_inactive.pdf](http://www.immunize.org/vis/spanish_flu_inactive.pdf)

**Por favor devuelva el formulario de consentimiento firmando a su maestro para el día Dec. 3, 2018**

El móvil de la salud pediátrica es operada por Loyola Medicine.  
Loyola University School of Nursing opera un centro de salud en la escuela Proviso East High School.  
*Socios para la salud de su hijo!*



**LOYOLA  
MEDICINE**

Pediatric Mobile Health Unit



**DISTRICT 89**



**LOYOLA  
UNIVERSITY CHICAGO**  
**MARCELLA  
NIEHOFF**  
SCHOOL of NURSING

Child's Name (Please Print)	Date of Birth	Sex M      F
Address	City	State      ZIP
Phone	Mother's Name	Phone if Different Than Child's
Family Doctor? Yes      No	Father's Name	Phone if Different Than Child's
Doctor's Name	Guardian's Name (If Applicable*)	Phone if Different Than Child's
Doctor's Phone	Doctor's Clinic/Office Site Where Care Rendered	

Date of Last Doctor's Visit: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_

- Yes  No Has the child missed any school because the physical/immunizations have not been done?  
If yes, how many school days have been missed? \_\_\_\_\_
- Yes  No Does the child have known health problems and/or illnesses being treated? (List): \_\_\_\_\_
- Yes  No Any history of cancer, leukemia, HIV or immunodeficiency? If yes, please list: \_\_\_\_\_
- Yes  No Taking any medication? (List): \_\_\_\_\_
- Yes  No Any allergies (List): \_\_\_\_\_
- Yes  No Any specific allergy to neomycin, streptomycin, gelatin, baker's yeast or eggs?
- Yes  No Any reaction to previous vaccinations especially seizure, fever (105 or above), anaphylaxis, rash or change in mental state?  
If yes, please explain: \_\_\_\_\_
- Yes  No For teenage girls being seen, could you be pregnant?
- Yes  No Has your child been to the Emergency Room this last year?  
If yes, list reasons: \_\_\_\_\_

Child's Family History - Place the initial M, F, S, B, G, A, U for each family member affected with each condition listed below:

(M=Mother, F=Father, S= Sister, B=Brother, G=Grandparent, A=Aunt, U=Uncle)

Heart Disease	Cancer	High Cholesterol	Asthma	Diabetes
High Blood Pressure	Growth Problem	Seizures	Other	

Check all vaccinations for which this consent is granted:

Polio (IPV)		Menactra (MCV4)	
Mumps, Measles, Rubella (MMR)		Haemophilus Influenza (Hib)	
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTP)		Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap)	
Tetanus, Diphtheria (TD)		Human Papillomavirus (HPV)	
Hepatitis A (HepA)		Hepatitis B (HepB)	
Influenza (FLU)	✓	Other _____	

Vaccine Consent

I have read, or had explained to me, the Vaccine Information Statement about the vaccination(s) that I will receive today. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction, and I understand the benefits and risks of the vaccination(s) as described. I request that the vaccination(s) checked below to be given to me (or the person named above for whom I am authorized to make this request). I authorize the release of any medical or other information necessary for treatment, payment, health care operations, and any public health purpose.

X  
\_\_\_\_\_  
Signature of Recipient (Parent or Guardian)      Date

If applicable, I acknowledge the receipt of a copy of the LUHS Notice of Privacy Practices.

Health Care Consent

I understand that Loyola University Medical Center ("LUMC") offers health care services ("Services") and I consent to such services. I understand that physicians, nurses and other health care providers in training may, under the supervision of appropriate personnel, participate in my treatment and I consent to their involvement in my care.

Patient Information: I acknowledge and agree that LUMC may receive, use and disclose information concerning my care, my prescription medications and my health care coverage for treatment, payment and health care operations including but not limited to the disclosures described in its Notice of Privacy Practices. I agree that LUMC, including its business associates, may contact me by telephone at any telephone number provided by me or associated with my record, including cell phone numbers, which could result in charges to me. LUMC may also contact me by sending text messages or e-mails, using the contact information I provide. Methods of contact may include, but are not limited to, using pre-recorded/artificial voice messages and/or use of an automatic dialing device, as applicable.

Because different types of Services are offered by LUMC, I hereby consent to having my child receive all the Health Care Services checked below.

Check All Health Care Services for which this Consent is Granted:

Physical Examination		Health Screening	
Educational Session(s)		Lab Tests	
Nutrition Education		Asthma Care	

I have had the opportunity to read and fully understand this consent for its content and significance. I agree with the information contained in this consent and confirm that I am the patient or am authorized to sign on the patient's behalf.

X  
\_\_\_\_\_  
Signature of Recipient (Parent or Guardian)      Date

# Loyola University Medical Center Mobile Health Unit – Health Care/Immunization Consent Form

## Unidad Médica Móvil

## Formulario de Consentimiento para Cuidados de Salud/Inmunizaciones

	Fecha de Nacimiento	Sexo M      F	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal (ZIP)
	Nombre de la Madre	Teléfono si es Diferente al del Niño	
Doctor Familiar? Sí      No	Nombre del Padre	Teléfono si es Diferente al del Niño	
Nombre del Doctor	Nombre del Tutor (Si se Aplica*)	Teléfono si es Diferente al del Niño	
Teléfono del Doctor	Ubicación de la Clínica/Consultorio del Doctor Donde se Proporcionaron los Cuidados		

Fecha de la Última Visita del Doctor: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

- Sí  No ¿El niño ha faltado a la escuela porque no ha tenido examen médico/inmunizaciones?  
Si la respuesta es sí, ¿cuántos días ha faltado a la escuela? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿El niño tiene problemas de salud y/o enfermedades conocidos por los que recibe tratamiento? (Anote la lista):  
\_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Existe un historial de cáncer, leucemia, VIH o inmunodeficiencia? Si es así, anote la lista: \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Está tomando medicamentos? (Lista): \_\_\_\_\_
- Sí  No Tiene alergias (Lista): \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Alguna alergia específica a la neomicina, estreptomina, gelatina, levadura de panadería o huevos?
- Sí  No ¿Alguna reacción a vacunas anteriores, especialmente ataque, calentura (105 o más), anafilaxis, sarpullido o cambio de estado mental?  
Si es así, explique: \_\_\_\_\_
- Sí  No Para las jóvenes adolescentes a ser recibidas, ¿podría estar usted embarazada?
- Sí  No ¿Su hijo ha estado en la Sala de Emergencia este último año?  
Si es así, anote las razones \_\_\_\_\_

Historial Familiar del Niño – Escriba la inicial M, F, S, B, G, A, U por cada miembro familiar afectado con cada afección que aparece abajo:

(M=Madre, F=Padre, S= Hermana, B=Hermano, G=Abuelo(a), A=Tía, U=Tío)

Afección Cardíaca	Cáncer	Colesterol Alto	Asma	Diabetes
Presión Arterial Alta	Problema de Crecimiento	Ataques	Otro	

### Consentimiento de Vacunación

He leído, o me han explicado, la Declaración de Información de Vacunación sobre la(s) vacuna(s) que recibiré hoy. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas satisfactoriamente, y entiendo los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) tal como se han descrito. Solicito que la(s) vacuna(s) marcadas abajo me sean administradas a mí (o a la persona nombrada arriba para la que estoy autorizado a hacer esta solicitud). Autorizo la transferencia de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para el tratamiento, pago, operaciones de cuidados de salud, y cualquier motivo de salud pública.

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Receptor (Padre/Madre o Tutor)      Fecha

### Marque Todas las Vacunas para las que otorga este consentimiento:

Polio (IPV)		Menactra (MCV4)	
Paperas, Sarampión, Rubéola (MMR)		Haemophilus Influenza (Hib)	
Difteria, Tétano, Pertussis (DTP)		Tétano, Difteria, Pertussis (Tdap)	
Tétano, Difteria (TD)		Virus de Papiloma Humano (HPV)	
Hepatitis A (HepA)		Hepatitis B (HepB)	
Influenza (FLU)	✓	Otra _____	

Si se aplica, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de LUHS.

### Consentimiento de Cuidados de Salud

Entiendo que Loyola University Medical Center ("LUMC") ofrece servicios de cuidados de salud ("Servicios") y que consiento a dichos servicios. Entiendo que los médicos, enfermeros y demás proveedores de cuidados de salud en entrenamiento podrían, bajo la supervisión del personal apropiado, participar en mi tratamiento y consiento a la participación de ellos en mis cuidados.

### Consentimiento de Cuidados de Salud, cont'd

Información del Paciente: Reconozco y consiento a que LUMC pueda recibir, usar y transmitir información sobre mis cuidados, mis medicamentos recetados y mi cobertura de cuidados de salud para el tratamiento, pago y operaciones de cuidados de salud incluyendo ilimitativamente las transmisiones descritas en su Aviso de Prácticas de Privacidad. Consiento a que LUMC, incluyendo sus asociados de negocios, puedan comunicarse conmigo por teléfono marcando cualquier número telefónico que yo proporcione o que se asocie con mi expediente, incluyendo números de teléfono celular, lo cual podría hacer que yo incurra cargos. LUMC también se puede comunicar conmigo enviando mensajes de texto o e-mails, usando la información de contacto que proporcione. Los métodos de comunicación podrían incluir ilimitativamente el uso de mensajes de voz pregrabada/artificial y/o el uso de un dispositivo de marcado automático, según se aplique.

Debido a que LUMC ofrece diferentes tipos de Servicios, consiento por este medio a que mi hijo reciba todos los Servicios de Cuidados de Salud marcados abajo.

### Marque todos los Servicios de Cuidados de Salud para los que Otorga este Consentimiento:

Examen Médico	Chequeo de Salud	
Sesión(es) Educativa(s)	Ensayos de Laboratorio	
Educación Sobre Nutrición	Cuidados de Asma	

**He tenido la oportunidad de leer y entender completamente este consentimiento con respecto a su contenido y significado. Estoy de acuerdo con la información que contiene este consentimiento y confirmo que soy el paciente o que estoy autorizado para firmar en nombre del paciente.**

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Receptor (Padre/Madre o Tutor)      Fecha

# 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](http://www.immunize.org/vis)

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite [www.immunize.org/vis](http://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/](http://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](http://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](http://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](http://www.cdc.gov/flu)

Vaccine Information Statement  
Inactivated Influenza Vaccine

08/07/2015

42 U.S.C. § 300aa-26

Office Use Only



## 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](http://www.immunize.org/vis)

Las hojas de Información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite [www.immunize.org/vis](http://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/](http://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](http://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](http://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](http://www.cdc.gov/flu)

Vaccine Information Statement  
Inactivated Influenza Vaccine

08/07/2015

Spanish

Office Use Only

