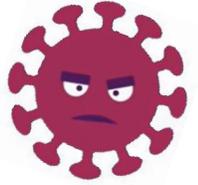


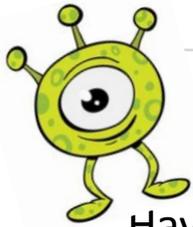
# ¡VACUNAS CONTRA COVID-19 Y LA GRIPE GRATIS!



*Marin County Office of Education*

**Miércoles, 17 de Noviembre**

**Durante la escuela 12pm-6pm – Estudiantes y maestros solamente**



**Por favor, entregue el(los) formulario(s) de consentimiento a la escuela de su alumno antes del 15 de Noviembre.**

Hay un número limitado de plazas. Vea el parte de atrás de este folleto para otras clínicas de COVID-19 y/o de vacunación contra la gripe.

## **Cómo conseguir UNA VACUNA COVID-19 Y/O CONTRA LA GRIPE GRATUITA para su HIJO/HIJA:**

- 1. Lea toda la información** de esta hoja y las declaraciones informativas sobre las vacunas incluidas en esta carpeta.
- Complete un formulario de consentimiento para cada vacuna. Si desea que su hijo reciba tanto la vacuna COVID-19 como la de la gripe, deberá llenar dos formularios. Conteste todas las preguntas del formulario de consentimiento. No se aceptarán los formularios que no estén completados.
  - La vacuna COVID-19 es para niños a partir de 5 años.
  - Es posible que una pequeña cantidad de vacunas en forma de aerosol nasal (FluMist) esté disponible este año, pero no está garantizado. Si el spray nasal no está disponible, todos los niños que reciban la vacuna recibirán una inyección.
- 3. Lea** la parte de atrás del formulario y firme su nombre.
- 4. Devuelva** el formulario a la escuela lo mas pronto posible.

Las vacunas contra la gripe se proporcionan por el Departamento de Salud Pública del Condado de Marin

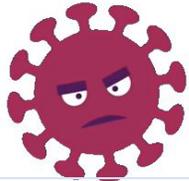
No se cobra el servicio – es GRATUITO. **No** facturaremos a su compañía de seguros.

Protegeremos la privacidad de la información que usted proporcione al llenar este formulario.



# ¡ Vacúnese Contra el COVID-19 y la Gripe!

Para obtener información sobre dónde vacunarse, visite:



[VacúneseMarin.org](https://www.vacunesemarin.org)

## Lugares de vacunación contra la gripe COVID-19

**Departamento de Salud y Servicios  
Humanos del Condado de Marin  
3240 Kerner, San Rafael**

*Vacunas para adultos y niños a partir de 5 años*

**Del 6 de noviembre al 18 de diciembre**

Viernes de 4:00 PM a 8:00 PM

Sábados de 11:00 AM a 4:00 PM

CERRADO del 25 al 27 de noviembre por días  
festivos

**ADENTRO DEL CENTRO COMERCIAL  
NORTHGATE**

**5800 Northgate Drive, San Rafael**

*Vacunas para adultos y niños a partir de 5 años*

**Del 6 de noviembre al 18 de diciembre**

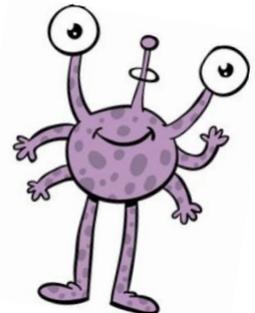
Martes y Miércoles de 1:00 PM a 7:00 PM

Jueves—Sábado de 9:00AM a 3:00PM

CERRADO del 25 al 28 de noviembre por días  
festivos

## Otros lugares donde se puede vacunar de COVID-19 o de la gripe:

- Farmacias: CVS, RiteAid, Safeway, etc.
- Proveedores de Servicios de Salud o Clínicas Médicas
- Clínicas móviles en Marin ([myturn.ca.gov](https://myturn.ca.gov))



Tome una foto de este código con su  
teléfono para acceder [MyTurn.Ca.Gov](https://myturn.ca.gov)



## COVID-19: Autorización de Vacunación para Estudiantes Formulario de Consentimiento y Evaluación para los Padres/Tutores

<b>APELLIDO DEL ESTUDIANTE</b>		<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE</b>		<b>INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE</b> ____ / ____ / ____ MES                      DÍA                      AÑO		<b>EDAD</b>	<b>PESO</b>	<b>SEXO</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario
<b>N.º DE TELÉFONO</b>		<b>RAZA</b> <input type="checkbox"/> Nativo estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negra o estadounidense de raza negra <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra <b>ETNIA</b> <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> Ni hispana ni latina		
<b>CALLE</b>				
<b>CIUDAD</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>			
<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO</b>				
<b>NOMBRE DE LA MADRE O TUTOR</b>				

**MARQUE CON UN CÍRCULO SU RESPUESTA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS: para el estudiante en el momento de rellenar el formulario**

1. ¿Se siente enfermo(a) hoy?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
2. ¿Alguna vez ha recibido una dosis de vacuna contra el COVID-19?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica al (1) componente de la vacuna contra el COVID-19, incluido el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como laxantes y preparaciones para procedimientos de colonoscopia; al (2) polisorbato, o a una (3) dosis previa de la vacuna contra el COVID-19? (Esto incluiría una reacción alérgica severa (p. ej., anafilaxia) que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya resultado en una visita al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de 4 horas causando urticaria, hinchazón, o dificultad respiratoria, lo que incluye sibilancias.)	<b>Sí</b>	<b>No</b>
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a alguna vacuna (sin contar la vacuna contra el COVID-19) o un medicamento inyectable? (Esto incluiría una reacción alérgica severa (p. ej., anafilaxia) que haya requerido tratamiento con epinefrina o EpiPen®, o que haya resultado en una visita al hospital. También incluiría una reacción alérgica que ocurrió dentro de 4 horas causando urticaria, hinchazón, o dificultad respiratoria, lo que incluye sibilancias.)	<b>Sí</b>	<b>No</b>
5. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, polisorbato o alguna vacuna o medicamento inyectable? Esto incluye alimentos, mascotas, ambiente o alergias a medicamentos orales.	<b>Sí</b>	<b>No</b>
6. ¿Le han diagnosticado un síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-C o SIM-A) después de una infección por COVID-19?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
7. ¿Ha recibido terapia pasiva con anticuerpos (anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente) como tratamiento para el COVID-19?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
8. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado debido a afecciones como cáncer o una infección de VIH, o realiza terapias o toma medicamentos inmunosupresores?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
10. ¿Tiene antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (TIH)?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
11. ¿Está embarazada o en período de lactancia?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
12. ¿Ha recibido rellenos dérmicos?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
13. ¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis?	<b>Sí</b>	<b>No</b>

**LEA Y FIRME ABAJO:** Entiendo que, como lo exige la ley estatal (Código de Salud y Seguridad § 120440), todas las vacunas serán reportadas al **Registro de Vacunación de California (California Immunization Registry, CAIR)**, un sistema informático seguro y confidencial que lleva un registro de las vacunas. Los médicos, las clínicas, las escuelas y otras organizaciones tienen acceso a los registros de vacunación en el CAIR. Entiendo que tengo el derecho de elegir si quiero que la vacunación del estudiante sea compartida en el Registro de Inmunización de California (CAIR) con los consultorios médicos, las clínicas y las escuelas. Al firmar este formulario, reconozco que he leído el folleto del Registro de Inmunización de California (CAIR) que se adjunta en este paquete. Entiendo que la vacunación del estudiante será compartida con otros usuarios del CAIR (como consultorios médicos, clínicas y escuelas) autorizados a acceder a la información.

Acuso recibo del **Aviso sobre la aplicación del derecho a la privacidad** que describe como el Condado de Marin puede utilizar y divulgar la información médica/salud del estudiante y como puedo obtener acceso a la información médica/salud del estudiante en el Programa de Inmunización de los Servicios Humanos y de Salud de Marin.

Entiendo que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos ("FDA") ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech, que no es una vacuna aprobada por la FDA.

Me han entregado una copia y he leído, o me han explicado, la Hoja de información sobre vacunas (**Vaccination Information Statement, VIS**) de la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 ([www.fda.gov/media/144414/download](http://www.fda.gov/media/144414/download)). Comprendo los riesgos y beneficios potenciales y entiendo que algunos riesgos y beneficios son desconocidos.

Tengo la autoridad legal para consentir la administración de la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 al estudiante.

Entiendo que tengo la opción de rechazar la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 en nombre del estudiante.

Doy mi consentimiento para que los Servicios Humanos y de Salud de Marin administren dos dosis separadas de la Vacuna Pfizer-BioNTech COVID-19 con un intervalo de aproximadamente tres semanas al estudiante arriba mencionado.

<b>FIRMA DEL PACIENTE - O TUTOR/PADRES TEMPORALES (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE ADAD)</b> <b>X</b>		<b>FECHA</b>
<b>NOMBRE Y TÍTULO DEL TESTIGO QUE FIRMA ESTA FORMA</b>		
<b>FIRMA DEL TESTIGO DEL PACIENTE O LA PACIENTE O DE LA PERSONA CON PODER LEGAL (DPOA) <u>CONSENTIMIENTO VERBAL</u></b> <b>X</b>		<b>FECHA</b>
<b>NOMBRE Y TÍTULO DEL TESTIGO QUE FIRMA ESTA FORMA</b>	<b>RELACIÓN CON LA PERSONA QUE SE VACUNA</b> <input type="checkbox"/> Padre/Tutor <input type="checkbox"/> DPOA <input type="checkbox"/> Personal médico	

**PROVEEDOR DE LA VACUNA:** Marin Health and Human Services, Immunization Program  
3240 Kerner Blvd, San Rafael, CA 94901, Tel: 415-473-4163

<b>FOR VACCINATOR TO COMPLETE</b>					
	<b>Vaccine Name</b>	<b>Lot # &amp; Expiration Date</b>	<b>Dose &amp; Route</b>	<b>Site</b>	
<b>DOSE #1</b>	<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech		<b>12+ yrs of age:</b> <input type="checkbox"/> 0.3 mL IM  <b>5-11 yrs of age:</b> <input type="checkbox"/> 0.2 mL IM	<input type="checkbox"/> L deltoid <input type="checkbox"/> R deltoid	
	VACCINATOR'S LAST NAME		VACCINATOR'S FIRST NAME		
	SIGNATURE		TITLE	DATE	
<b>DOSE #2</b>	<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech		<b>12+ yrs of age:</b> <input type="checkbox"/> 0.3 mL IM  <b>5-11 yrs of age:</b> <input type="checkbox"/> 0.2 mL IM	<input type="checkbox"/> L deltoid <input type="checkbox"/> R deltoid	
	VACCINATOR'S LAST NAME		VACCINATOR'S FIRST NAME		
	SIGNATURE		TITLE	DATE	

ADVERSE REACTION:  VAERS form completed and attached to this consent form

NAME OF PERSON WHO COMPLETED THE VAERS FORM:

DATE:

**VACCINE INFORMATION FACT SHEET FOR RECIPIENTS AND CAREGIVERS  
ABOUT THE PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACCINE TO PREVENT  
CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) FOR USE IN INDIVIDUALS  
5 THROUGH 11 YEARS OF AGE**

**FOR 5 THROUGH 11 YEARS OF AGE**

**Your child is being offered the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine to prevent Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) caused by SARS-CoV-2.**

**This Vaccine Information Fact Sheet for Recipients and Caregivers comprises the Fact Sheet for the authorized Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine for use in individuals 5 through 11 years of age.<sup>1</sup>**

**The Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine has received EUA from FDA to provide a two-dose primary series to individuals 5 through 11 years of age.**

This Vaccine Information Fact Sheet contains information to help you understand the risks and benefits of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine, which your child may receive because there is currently a pandemic of COVID-19. Talk to your child's vaccination provider if you have questions.

This Fact Sheet may have been updated. For the most recent Fact Sheet, please see [www.cvdvaccine.com](http://www.cvdvaccine.com).

## **WHAT YOU NEED TO KNOW BEFORE YOUR CHILD GETS THIS VACCINE**

### **WHAT IS COVID-19?**

COVID-19 disease is caused by a coronavirus called SARS-CoV-2. You can get COVID-19 through contact with another person who has the virus. It is predominantly a respiratory illness that can affect other organs. People with COVID-19 have had a wide range of symptoms reported, ranging from mild symptoms to severe illness leading to death. Symptoms may appear 2 to 14 days after exposure to the virus. Symptoms may include: fever or chills; cough; shortness of breath; fatigue; muscle or body aches; headache; new loss of taste or smell; sore throat; congestion or runny nose; nausea or vomiting; diarrhea.

For more information on EUA, see the **"What is an Emergency Use Authorization (EUA)?"** section at the end of this Fact Sheet.

---

<sup>1</sup> You may receive this Vaccine Information Fact Sheet even if your child is 12 years old. Children who will turn from 11 years to 12 years of age between their first and second dose in the primary regimen may receive, for either dose, either: (1) the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine formulation authorized for use in individuals 5 through 11 years of age; or (2) COMIRNATY or one of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine formulations authorized for use in individuals 12 years of age and older.

## **WHAT SHOULD YOU MENTION TO YOUR CHILD'S VACCINATION PROVIDER BEFORE YOUR CHILD GETS THE VACCINE?**

**Tell the vaccination provider about all of your child's medical conditions, including if your child:**

- has any allergies
- has had myocarditis (inflammation of the heart muscle) or pericarditis (inflammation of the lining outside the heart)
- has a fever
- has a bleeding disorder or is on a blood thinner
- is immunocompromised or is on a medicine that affects your child's immune system
- is pregnant
- is breastfeeding
- has received another COVID-19 vaccine
- has ever fainted in association with an injection

## **HOW IS THE VACCINE GIVEN?**

The Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine will be given to your child as an injection into the muscle.

The vaccine is administered as a 2-dose series, 3 weeks apart.

The vaccine may not protect everyone.

## **WHO SHOULD NOT GET THE VACCINE?**

Your child should not get the vaccine if your child:

- had a severe allergic reaction after a previous dose of this vaccine
- had a severe allergic reaction to any ingredient of this vaccine.

## **WHAT ARE THE INGREDIENTS IN THE VACCINE?**

The vaccine includes the following ingredients: mRNA, lipids ((4-hydroxybutyl)azanediyl)bis(hexane-6,1-diyl)bis(2-hexyldecanoate), 2 [(polyethylene glycol)-2000]-N,N-ditetradecylacetamide, 1,2-Distearoyl-sn-glycero-3-phosphocholine, and cholesterol), tromethamine, tromethamine hydrochloride, sucrose, and sodium chloride.

## **HAS THE VACCINE BEEN USED BEFORE?**

Millions of individuals 12 years of age and older have received the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine under EUA since December 11, 2020. In a clinical trial, approximately 3,100 individuals 5 through 11 years of age have received at least 1 dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine. In other clinical trials, approximately 23,000 individuals 12 years of age and older have received at least 1 dose of the vaccine. The vaccine that is authorized for use in children 5 through 11 years of age includes the same mRNA and lipids but different inactive ingredients compared to the vaccine that has been used under EUA in individuals 12 years of age and older and that has been studied in clinical trials. The use of the different inactive ingredients helps stabilize the vaccine under refrigerated temperatures and the formulation can be readily prepared to deliver appropriate doses to the 5 through 11 year-old population.

## **WHAT ARE THE BENEFITS OF THE VACCINE?**

The vaccine has been shown to prevent COVID-19.

The duration of protection against COVID-19 is currently unknown.

## **WHAT ARE THE RISKS OF THE VACCINE?**

There is a remote chance that the vaccine could cause a severe allergic reaction. A severe allergic reaction would usually occur within a few minutes to one hour after getting a dose of the vaccine. For this reason, your child's vaccination provider may ask your child to stay at the place where your child received the vaccine for monitoring after vaccination. Signs of a severe allergic reaction can include:

- Difficulty breathing
- Swelling of the face and throat
- A fast heartbeat
- A bad rash all over the body
- Dizziness and weakness

Myocarditis (inflammation of the heart muscle) and pericarditis (inflammation of the lining outside the heart) have occurred in some people who have received the vaccine. In most of these people, symptoms began within a few days following receipt of the second dose of vaccine. The chance of having this occur is very low. You should seek medical attention right away if your child has any of the following symptoms after receiving the vaccine:

- Chest pain
- Shortness of breath
- Feelings of having a fast-beating, fluttering, or pounding heart

Side effects that have been reported with the vaccine include:

- severe allergic reactions
- non-severe allergic reactions such as rash, itching, hives, or swelling of the face
- myocarditis (inflammation of the heart muscle)
- pericarditis (inflammation of the lining outside the heart)
- injection site pain
- tiredness
- headache
- muscle pain

- chills
- joint pain
- fever
- injection site swelling
- injection site redness
- nausea
- feeling unwell
- swollen lymph nodes (lymphadenopathy)
- decreased appetite
- diarrhea
- vomiting
- arm pain
- fainting in association with injection of the vaccine

These may not be all the possible side effects of the vaccine. Serious and unexpected side effects may occur. The possible side effects of the vaccine are still being studied in clinical trials.

**WHAT SHOULD I DO ABOUT SIDE EFFECTS?**

If your child experiences a severe allergic reaction, call 9-1-1, or go to the nearest hospital.

Call the vaccination provider or your child’s healthcare provider if your child has any side effects that bother your child or do not go away.

Report vaccine side effects to FDA/CDC Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). The VAERS toll-free number is 1-800-822-7967 or report online to <https://vaers.hhs.gov/reportevent.html>. Please include “Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine EUA” in the first line of box #18 of the report form.

In addition, you can report side effects to Pfizer Inc. at the contact information provided below.

Website	Fax number	Telephone number
<a href="http://www.pfizersafetyreporting.com">www.pfizersafetyreporting.com</a>	1-866-635-8337	1-800-438-1985

You may also be given an option to enroll in v-safe. V-safe is a new voluntary smartphone-based tool that uses text messaging and web surveys to check in with people who have been vaccinated to identify potential side effects after COVID-19 vaccination. V-safe asks questions that help CDC monitor the safety of COVID-19 vaccines. V-safe also provides second-dose reminders if needed and live telephone follow-up by CDC if participants report a significant health impact following COVID-19 vaccination. For more information on how to sign up, visit: [www.cdc.gov/vsafe](http://www.cdc.gov/vsafe).

**WHAT IF I DECIDE NOT TO HAVE MY CHILD GET THE PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACCINE?**

Under the EUA, there is an option to accept or refuse receiving the vaccine. Should you decide for your child not to receive it, it will not change your child’s standard medical care.

**ARE OTHER CHOICES AVAILABLE FOR PREVENTING COVID-19 BESIDES PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACCINE?**

For children 5 through 11 years of age, there are no other COVID-19 vaccines available under Emergency Use Authorization and there are no approved COVID-19 vaccines.

**CAN MY CHILD RECEIVE THE PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACCINE AT THE SAME TIME AS OTHER VACCINES?**

Data have not yet been submitted to FDA on administration of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine at the same time with other vaccines. If you are considering to have your child receive the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine with other vaccines, discuss the options with your child’s healthcare provider.

**WHAT ABOUT PREGNANCY OR BREASTFEEDING?**

If your child is pregnant or breastfeeding, discuss the options with your healthcare provider.

**WILL THE VACCINE GIVE MY CHILD COVID-19?**

No. The vaccine does not contain SARS-CoV-2 and cannot give your child COVID-19.

**KEEP YOUR CHILD’S VACCINATION CARD**

When your child gets the first dose, you will get a vaccination card to show when to return for your child’s next dose(s) of the vaccine. Remember to bring the card when your child returns.

**ADDITIONAL INFORMATION**

If you have questions, visit the website or call the telephone number provided below.

To access the most recent Fact Sheets, please scan the QR code provided below.

Global website	Telephone number
<p data-bbox="315 1509 621 1539"><a href="http://www.cvdvaccine.com">www.cvdvaccine.com</a></p> 	<p data-bbox="948 1581 1222 1654">1-877-829-2619 (1-877-VAX-CO19)</p>

## **HOW CAN I LEARN MORE?**

- Ask the vaccination provider.
- Visit CDC at <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>.
- Visit FDA at <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-legal-regulatory-and-policy-framework/emergency-use-authorization>.
- Contact your local or state public health department.

## **WHERE WILL MY CHILD'S VACCINATION INFORMATION BE RECORDED?**

The vaccination provider may include your child's vaccination information in your state/local jurisdiction's Immunization Information System (IIS) or other designated system. This will ensure that your child receives the same vaccine when your child returns for the second dose. For more information about IISs visit:

<https://www.cdc.gov/vaccines/programs/iis/about.html>.

## **CAN I BE CHARGED AN ADMINISTRATION FEE FOR RECEIPT OF THE COVID-19 VACCINE?**

No. At this time, the provider cannot charge you for a vaccine dose and you cannot be charged an out-of-pocket vaccine administration fee or any other fee if only receiving a COVID-19 vaccination. However, vaccination providers may seek appropriate reimbursement from a program or plan that covers COVID-19 vaccine administration fees for the vaccine recipient (private insurance, Medicare, Medicaid, Health Resources & Services Administration [HRSA] COVID-19 Uninsured Program for non-insured recipients).

## **WHERE CAN I REPORT CASES OF SUSPECTED FRAUD?**

Individuals becoming aware of any potential violations of the CDC COVID-19 Vaccination Program requirements are encouraged to report them to the Office of the Inspector General, U.S. Department of Health and Human Services, at 1-800-HHS-TIPS or <https://TIPS.HHS.GOV>.

## **WHAT IS THE COUNTERMEASURES INJURY COMPENSATION PROGRAM?**

The Countermeasures Injury Compensation Program (CICP) is a federal program that may help pay for costs of medical care and other specific expenses of certain people who have been seriously injured by certain medicines or vaccines, including this vaccine. Generally, a claim must be submitted to the CICP within one (1) year from the date of receiving the vaccine. To learn more about this program, visit [www.hrsa.gov/cicp/](http://www.hrsa.gov/cicp/) or call 1-855-266-2427.

## **WHAT IS AN EMERGENCY USE AUTHORIZATION (EUA)?**

An Emergency Use Authorization (EUA) is a mechanism to facilitate the availability and use of medical products, including vaccines, during public health emergencies, such as the current COVID-19 pandemic. An EUA is supported by a Secretary of Health and Human Services (HHS) declaration that circumstances exist to justify the emergency use of drugs and biological products during the COVID-19 pandemic.

The FDA may issue an EUA when certain criteria are met, which includes that there are no adequate, approved, available alternatives. In addition, the FDA decision is based

on the totality of scientific evidence available showing that the product may be effective to prevent COVID-19 during the COVID-19 pandemic and that the known and potential benefits of the product outweigh the known and potential risks of the product. All of these criteria must be met to allow for the product to be used in the treatment of patients during the COVID-19 pandemic.

This EUA for the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine will end when the Secretary of HHS determines that the circumstances justifying the EUA no longer exist or when there is a change in the approval status of the product such that an EUA is no longer needed.



Manufactured by  
Pfizer Inc., New York, NY 10017

**BIONTECH**

Manufactured for  
BioNTech Manufacturing GmbH  
An der Goldgrube 12  
55131 Mainz, Germany

LAB-1486-0.3

Revised: 29 October 2021



Scan to capture that this Fact Sheet was provided to vaccine recipient for the electronic medical records/immunization information systems.

Barcode Date: 09/30/2021



# Formulario de Consentimiento y Evaluación para la Vacuna Contra la Gripe 2021-22

# FLU / GRIPE

**Una pequeña cantidad de FluMist (vacuna en aerosol nasal) PUEDE estar disponible este año.** Su estudiante recibirá una vacuna contra la influenza (FluMist o una vacuna contra la gripe) en su escuela sin costo si completa este formulario y lo devuelve a la escuela a menos que las enfermeras no lo recomienden según sus respuestas a las preguntas a continuación.

Si tiene preguntas sobre este formulario o la vacuna contra la influenza (gripe), llame a la escuela de su hijo.

<b>Apellido del maestro</b>
-----------------------------

<b>Apellido</b>		<b>Primer nombre</b>		<b>Inicial del segundo nombre</b>
<b>Fecha de nacimiento</b> ____ / ____ / ____ Mes                      Día                      Año		<b>Edad</b>	<b>Género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<b>Número de teléfono</b>		<b>Seguro Médico</b> <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> SOY parte del plan médico de Kaiser, Y doy permiso que mi vacuna sea compartida con Kaiser a menos que marque esta casilla: <input type="checkbox"/> <b>Número de Kaiser:</b> _____ <input type="checkbox"/> Otro seguro médico		
<b>Dirección</b>				
<b>Ciudad</b>	<b>Código postal</b>			
<b>Primer nombre de su madre</b>				
<b>Nombre del médico / proveedor de servicios de salud</b>		<b>Nombre de la clínica</b>		

**POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

<b>La persona que se va a vacunar,</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
1.	¿Está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Tiene alergia a los huevos, los antibióticos o el látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Está embarazada o podría quedar embarazada en el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARA RECIBIR FLUMIST (VACUNA EN AEROSOL NASAL), EN VEZ DE UNA VACUNA, POR FAVOR, TAMBIÉN RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

		<b>Si</b>	<b>No</b>
6.	¿La persona a vacunar tiene un problema de salud a largo plazo con enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones (incluido el asma), enfermedad de los riñones, enfermedad de neurológica, enfermedad del hígado, o enfermedad del metabolismo (p. ej., diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Si la persona a vacunar es un menor de 2 a 4 años de edad, en los últimos 12 meses, ¿alguna vez un proveedor de atención médica le ha dicho que tenía asma o sibilancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿La persona que se va a vacunar tiene un implante coclear o fuga de líquido cefalorraquídeo, o no tiene bazo, o tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otro problema del sistema inmunitario, o, en los últimos 3 meses, ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmunitario, como prednisona, otros esteroides, medicamentos para el tratamiento de artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o psoriasis, o se sometió a tratamiento con radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿La persona que se va a vacunar recibe medicamentos antivirales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿La persona que se va a vacunar es un niño o un adolescente de 6 meses a 17 años y recibe terapia, con aspirina o terapia que contenga aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**POR FAVOR COMPLETE LA PÁGINA DE ATRÁS →**

11.	¿La persona que se va a vacunar vive o espera tener contacto cercano con una persona cuyo sistema inmunitario está gravemente comprometido y que tiene que estar en aislamiento protector (p. ej., una sala de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿La persona a vacunar recibió alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**POR FAVOR, LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN:**

El **Registro de Inmunización de California (CAIR, por sus siglas en inglés)** es un sistema informático seguro y confidencial que realiza un seguimiento de las inmunizaciones. Este sistema le da acceso a médicos, clínicas, escuelas, y otras organizaciones de ver su registro de vacunas. Es su derecho elegir que esta vacuna sea compartido en el Registro de Inmunización de California (CAIR).

Al firmar este formulario, reconozco que he leído el folleto de **Registro de Inmunización de California (CAIR)** incluido en este paquete.

Si no desea compartir su expediente de vacunas contra la gripe con otros usuarios de CAIR (como consultorios médicos, clínicas, y escuelas), favor de marcar la casilla/ caja.

Reconozco haber recibido la **Notificación de Prácticas de Privacidad** que describe cómo mi información médica/de la salud puede ser utilizada y divulgada por el Condado de Marin y cómo puedo obtener acceso a mi información médica/de la salud con el Programa de Inmunización de Salud y Servicios Humanos de Marin.

Me han dado una copia y me han leído o me han explicado las **declaraciones de información sobre vacunas (VIS)** de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades ("CDC") **para la vacuna contra la influenza (gripe)** que estoy solicitando. Entiendo los riesgos y beneficios, y por la presente doy mi consentimiento a Salud y Servicios Humanos de Marin para administrar la vacuna al paciente mencionado al principio.

<b>FIRMA DEL PACIENTE -O TUTOR/PADRES TEMPORALES (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE ADAD)</b> <b>X</b>	<b>FECHA<sup>1</sup></b>
---	--------------------------

<b>NOMBRE DEL TUTOR/PADRES TEMPORALES FIRMAR ESTA FORMA</b>
---

<b>FIRMA DEL TESTIGO DEL CONSENTIMIENTO VERBAL DEL PACIENTE O LA PACIENTE O DE LA PERSONA CON PODER LEGAL (DPOA)</b> <b>X</b>	<b>FECHA<sup>1</sup></b>
--	--------------------------

<b>NOMBRE Y TÍTULO DEL TESTIGO QUE FIRMA ESTA FORMA</b>	<b>RELACIÓN CON LA PERSONA QUE SE VACUNA</b> <input type="checkbox"/> Padre/Tutor <input type="checkbox"/> DPOA <input type="checkbox"/> Personal médico
---	---

PROVEEDOR DE VACUNAS: Marin Health and Human Services, 3240 Kerner Blvd, San Rafael, CA 94901, Tel: 415-473-4163

**PARA EL USO DE LA ENFERMERA SOLAMENTE  
FOR NURSE ONLY**

<b>SCREENING</b>	For patients aged 6 months through 8 years, did they receive $\geq 2$ doses of trivalent or quadrivalent flu vaccine before July 1, 2021? (Doses did not have to be in the same or consecutive seasons) <i>*If NO or UNKNOWN, advise parent that the child will need 2<sup>nd</sup> dose in <math>\geq 4</math> weeks.</i>	<b>Yes</b>	<b>No*</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SIGNATURE	TITLE	DATE
			<b>VIS Date:</b> 8/6/2021 <sup>1</sup> Date the VIS was given.

<b>ADMINISTRATION</b>	<b>Present-ation</b>	<b>Vaccine Name and Manufacturer</b>	<b>Lot # &amp; Expiration Date</b>	<b>Site, Dose, &amp; Route</b>
	Nasal Spray	<input type="checkbox"/> <b>FluMIST</b> Quad		<input type="checkbox"/> 0.2 mL Intranasal (0.1 mL per nostril)
	Multi-dose vial	<input type="checkbox"/> <b>Afluria</b> Quad (Seqirus) <input type="checkbox"/> <b>FluZone</b> Quad (Sanofi)		<input type="checkbox"/> L deltoid <input type="checkbox"/> R deltoid <input type="checkbox"/> L anterolateral thigh <input type="checkbox"/> R anterolateral thigh
	Pre-filled syringe	<input type="checkbox"/> <b>FluArix</b> Quad (GSK)		<input type="checkbox"/> 0.5 mL IM
VACCINATOR'S INITIAL OF FIRST NAME & LAST NAME (ex: J. SMITH)				
VACCINATOR'S SIGNATURE		TITLE	DATE	RN CO-SIGNATURE (if needed)

**FOR OFFICE USE ONLY:**

Do Not Enter in CAIR

Date entered in CAIR:  
Initials:

## DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

# Vacuna contra la influenza (gripe) (inactivada o recombinante): *Lo que necesita saber*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

## 1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la influenza puede prevenir la influenza (gripe).

La **gripe** es una enfermedad contagiosa que se propaga cada año en Estados Unidos, generalmente entre octubre y mayo. Aunque cualquiera puede contraer la gripe, es más peligrosa para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, personas de 65 años o más, embarazadas y las personas con ciertas enfermedades o sistema inmunitario debilitado tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe.

La neumonía, bronquitis, infecciones sinusales e infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarla.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolor muscular, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Aunque algunas personas podrían tener vómito y diarrea, esto es más frecuente en niños que en adultos.

En un año promedio, **miles de personas mueren por influenza en Estados Unidos** y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene cada año millones de casos de la enfermedad y visitas al médico relacionadas con la gripe.

## 2. Vacuna contra la influenza

Los CDC recomiendan que todas las personas de 6 meses o más se vacunen en cada temporada de gripe. **En niños de 6 meses a 8 años**, se podrían necesitar 2 dosis durante una sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se produce una nueva vacuna contra la gripe, para proteger contra los virus de la influenza que se cree que probablemente causen enfermedad en la temporada venidera de gripe. Incluso si la vacuna no coincide exactamente con estos virus, todavía brindaría cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

## 3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**.
- Alguna vez ha tenido el **Guillain-Barré Syndrome** (también llamado “GBS”)

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza hasta una visita futura.

La vacuna contra la gripe se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo. Las personas que están o estarán embarazadas durante la temporada de influenza deben recibir la vacuna inactivada contra la influenza.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad



moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

---

#### 4. Riesgos de una reacción a la vacuna

---

- Podría haber dolor, enrojecimiento e hinchazón en el sitio de la inyección, fiebre, dolor muscular y dolor de cabeza después de recibir la vacuna contra la influenza.
- Es posible un aumento muy pequeño del riesgo de contraer el Guillain-Barré Syndrome (GBS) después de recibir la vacuna inactivada contra la influenza (la vacuna contra la gripe).

Los niños pequeños que reciben juntas la vacuna contra la gripe y la vacuna antineumocócica (PCV13) y/o la vacuna DTaP podrían tener probabilidades levemente mayores de convulsiones causada por la fiebre. Informe a su proveedor de atención médica si un niño que recibe la vacuna contra la influenza ha tenido convulsiones alguna vez.

En algunos casos, las personas se desmayan después de procedimientos médicos, incluidas las vacunaciones. Informe a su proveedor de atención médica si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

---

#### 5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

---

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **9-1-1** y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en [www.vaers.hhs.gov](http://www.vaers.hhs.gov) o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

---

#### 6. Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

---

El National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en [www.hrsa.gov/vaccinecompensation](http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation) o llame al **1-800-338-2382** para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

---

#### 7. ¿Dónde puedo obtener más información?

---

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos), para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en [www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines](http://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines).
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
  - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
  - Visite el sitio web de los CDC en [www.cdc.gov/vaccines](http://www.cdc.gov/vaccines).



## DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA VACUNA

# Vacuna contra la influenza (gripe) (con virus vivos, intranasal): *Lo que necesita saber*

Many vaccine information statements are available in Spanish and other languages. See [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

Están disponibles hojas de información sobre vacunas en español y en muchos otros idiomas. Visite [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

### 1. ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacuna contra la influenza puede prevenir la influenza (gripe).

La **gripe** es una enfermedad contagiosa que se propaga cada año en Estados Unidos, generalmente entre octubre y mayo. Aunque cualquiera puede contraer la gripe, es más peligrosa para algunas personas. Los bebés y niños pequeños, personas de 65 años o más, embarazadas y las personas con ciertas enfermedades o sistema inmunitario debilitado tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones de la gripe.

La neumonía, bronquitis, infecciones sinusales e infecciones del oído son ejemplos de complicaciones relacionadas con la gripe. Si tiene un padecimiento médico, como una enfermedad del corazón, cáncer o diabetes, la gripe puede empeorarla.

La gripe puede causar fiebre y escalofríos, dolor de garganta, dolor muscular, fatiga, tos, dolor de cabeza y secreción nasal o congestión nasal. Aunque algunas personas podrían tener vómito y diarrea, esto es más frecuente en niños que en adultos.

En un año promedio, **miles de personas mueren por influenza en Estados Unidos** y muchas más son hospitalizadas. La vacuna contra la gripe previene cada año millones de casos de la enfermedad y visitas al médico relacionadas con la gripe.

### 2. Vacuna contra la influenza de virus vivos atenuados

Los CDC recomiendan que todas las personas de 6 meses o más se vacunen en cada temporada de gripe. **En niños de 6 meses a 8 años**, se podrían necesitar 2 dosis durante una sola temporada de gripe. **Todos los demás** necesitan solo 1 dosis cada temporada de gripe.

La vacuna contra la influenza de virus vivos atenuada (live, attenuated influenza vaccine, LAIV) es una vacuna en aerosol nasal que se puede administrar a personas no embarazadas de **2 a 49 años**.

La protección tarda aproximadamente 2 semanas después de la vacunación.

Hay muchos virus de la gripe y siempre están cambiando. Cada año se produce una nueva vacuna contra la gripe, para proteger contra los virus de la influenza que se cree que probablemente causen enfermedad en la temporada venidera de gripe. Incluso si la vacuna no coincide exactamente con estos virus, todavía brindaría cierta protección.

La vacuna contra la influenza **no causa gripe**.

La vacuna contra la influenza se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas.

### 3. Hable con su proveedor de atención médica

Informe a su proveedor de vacunas si la persona que recibe la vacuna:

- Es **menor de 2 años o mayor de 49 años**
- Está **embarazada**. No se recomienda la vacuna contra la influenza de virus vivos atenuada en embarazadas
- Ha tenido una **reacción alérgica después de recibir una dosis previa de la vacuna contra la influenza** o si ha tenido cualquier **alergia severa y potencialmente mortal**
- Es un **niño o adolescente de 2 a 17 años que recibe aspirina o productos que contienen aspirina o salicilatos**
- Tiene **sistema inmunitario debilitado**
- Es un **niño de 2 a 4 años que ha tenido asma o antecedentes de jadeos (sibilancias)** en los últimos 12 meses
- Tiene **5 años o más y padece asma**
- **Recibió medicamentos antivirales contra la influenza** en las últimas 3 semanas
- **Cuida a personas con inmunosupresión severa** que requieran un ambiente protegido
- Tiene otros **padecimientos médicos subyacentes** que pueden poner a las personas en mayor riesgo de sufrir complicaciones graves por la gripe



(como **enfermedad pulmonar, del corazón o de los riñones como diabetes, trastornos de los riñones o hígado, y trastornos neurológicos, neuromusculares o metabólicos**)

- No tiene bazo o este no funciona
- Tiene un **implante coclear**
- Tiene una **fuga de líquido cefalorraquídeo** (una fuga del líquido que rodea al cerebro, hacia la nariz, garganta, oídos o alguna otra parte de la cabeza)
- Ha tenido **Guillain-Barré Syndrome** en las 6 semanas siguientes a una dosis previa de la vacuna contra la influenza

En algunos casos, su proveedor de atención médica podría decidir que se posponga la vacunación contra la influenza hasta una visita futura.

En algunos pacientes, podría ser más apropiado un tipo diferente de vacuna contra la influenza (vacuna contra la influenza inactivada o recombinante) que la vacuna contra la influenza de virus vivos atenuados.

Se puede vacunar a personas con enfermedades leves, como el catarro común. Las personas con enfermedad moderada o grave usualmente deben esperar hasta recuperarse para recibir la vacuna contra la influenza.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información.

---

#### 4. Riesgos de una reacción a la vacuna

---

- Pueden ocurrir escurrimiento nasal o congestión nasal, jadeos (sibilancias) y dolor de cabeza después de recibir la vacuna LAIV.
- Otros posibles efectos secundarios son el vómito, dolor muscular, fiebre, dolor de garganta y tos.

Si ocurren estos problemas, generalmente comienzan poco después de la vacunación y son leves y de corta duración.

Al igual que con cualquier medicina, hay probabilidades muy remotas de que una vacuna cause una reacción alérgica grave, otra lesión grave o la muerte.

---

#### 5. ¿Qué hago si ocurre algún problema grave?

---

Podría ocurrir una reacción alérgica después de que la persona vacunada deje la clínica. Si observa signos de

una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón de la cara y garganta, dificultad para respirar, latidos rápidos, mareo o debilidad), llame al **9-1-1** y lleve a la persona al hospital más cercano.

Llame a su proveedor de atención médica si hay otros signos que le preocupan.

Las reacciones adversas se deben reportar al Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS (Sistema para reportar reacciones adversas a las vacunas). Es usual que el proveedor de atención médica informe sobre ello, o también puede hacerlo usted mismo. Visite el sitio web de VAERS en [www.vaers.hhs.gov](http://www.vaers.hhs.gov) o llame al **1-800-822-7967**. *El VAERS es solo para informar sobre reacciones y el personal de VAERS no proporciona consejos médicos.*

---

#### 6. Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas

---

El National Vaccine Injury Compensation Program, VICP (Programa nacional de compensación por lesiones ocasionadas por vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que podrían haber experimentado lesiones ocasionadas por ciertas vacunas. Las reclamaciones relativas a presuntas lesiones o fallecimientos debidos a la vacunación tienen un límite de tiempo para su presentación, que puede ser de tan solo dos años. Visite el sitio web de VICP en [www.hrsa.gov/vaccinecompensation](http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation) o llame al **1-800-338-2382** para obtener información acerca del programa y de cómo presentar una reclamación.

---

#### 7. ¿Dónde puedo obtener más información?

---

- Consulte a su proveedor de atención médica.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Visite el sitio web de la Food and Drug Administration, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) para consultar los folletos informativos de las vacunas e información adicional en [www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines](http://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines).
- Comuníquese con los Centers for Disease Control and Prevention, CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades):
  - Llame al **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
  - Visite el sitio web de los CDC en [www.cdc.gov/vaccines](http://www.cdc.gov/vaccines).

Spanish translation provided by the Immunization Action Coalition





## Condado de Marín Aviso sobre Prácticas de Privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y SER REVELADA Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.  
POR FAVOR REVISELO CON CUIDADO.**

Este aviso está disponible en otros idiomas y formatos alternativos que van de acuerdo con las directrices del Acta para americanos con Discapacidades (AAD). Para obtener más información, por favor comuníquese con el Condado de Marín al (415) 473-6948 (tel./fax) o a [HHSCompliance@marincounty.org](mailto:HHSCompliance@marincounty.org) (correo electrónico) o TTY (415) 473-3344 si es una persona con discapacidad auditiva.

Para obtener más información, por favor llame (415) 473-6948

Để biết thêm thông tin xin vui lòng gọi (415) 473-6948

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud 1996 (llamada "HIPAA" por sus siglas en inglés) es una ley que requiere que el Condado de Marín se asegure de que su información personal médica y otra información sobre su tratamiento se mantenga privada. También se requiere que el Condado de Marín le dé este aviso, de manera que, si el Condado tiene alguna de su información personal de salud, usted sabrá cómo el Condado la pudiera usar, o si y cómo el Condado pudiera dar su información de salud protegida (o "PHI", por sus siglas en inglés) a otros.

Los programas y servicios del Condado de Marín ya están manteniendo privada su información médica personal. HIPAA establece las normas mínimas para estas protecciones.

**Usos y divulgaciones:** El Condado de Marín puede utilizar y dar (divulgar) su información médica personal y otra información sobre su tratamiento sin su autorización por escrita por las siguientes razones (Nota – Este Aviso describirá por separado las maneras en que el Condado puede usar o divulgar los resultados de VIH/ SIDA y registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias conforme a 42 CFR Parte 2):

**Tratamiento:** Para la coordinación de su tratamiento con otros proveedores de atención médica que lo están tratando (por ejemplo, una discusión entre su médico primario y un especialista para confirmar los medicamentos que usted está tomando).

**Pago:** para facturar el costo de su atención médica (por ejemplo, para facturar Medi-Cal o Medicare).

**Operaciones de atención médica:** podemos usar o divulgar su información médica para apoyar nuestras operaciones comerciales (por ejemplo, para evaluar el desempeño de nuestro personal o revisar la calidad del tratamiento o servicios que se le brindan).

**Recordatorios de citas:** Podemos usar y revelar su información médica para comunicarnos con usted y recordarle de sus citas. Si usted no responde a nuestra llamada al número de teléfono que usted nos proporciona, podemos dejar el recordatorio de la cita en un mensaje. También podemos llamarle por su nombre, en una sala de espera, cuando estemos listos para verlo para su cita.

### **Otras divulgaciones:**

El Condado de Marín también puede usar o dar su información médica personal y otra información de tratamiento por otras razones cuando sea requerido o permitido por la ley, por ejemplo:

Si las agencias estatales y federales que tienen el derecho legal de ver su información médica y de otro tipo la piden. Por ejemplo, para asegurarse de que el Condado factura a Medi-Cal correctamente, o para fines de supervisión, investigación y aseguramiento de calidad de Medicare federal y Medicaid.

Si necesitamos la información para actividades de salud pública (por ejemplo, reportar sobre brotes de enfermedades graves),

Si un tribunal u otra agencia con autoridad legal nos ordena a dar a conocer la información,

Para estudios de investigación que cumplan con todos los requisitos de la ley de privacidad (por ejemplo, la investigación relacionada con la prevención de enfermedades),

Si la información ayudará a evitar una amenaza seria e inmediata a la salud o la seguridad (por ejemplo, advertir a una víctima y notificar a las autoridades de una amenaza a la vida de alguien).

En caso de un desastre, podemos revelar información a una organización de ayuda para que pueda coordinar los esfuerzos de notificación de desastres, y

Si necesitamos la información para comunicarnos con usted acerca de beneficios nuevos o modificados.

El Condado debe revelar su información médica personal y otra información de tratamiento en las siguientes circunstancias:

Si usted o su representante autorizado solicita la información,

Si alguna otra ley requiere que su información médica sea revelada.

**Intercambio de información de la salud:** El Condado de Marín participa en un Intercambio de Información de la Salud (HIE) mediante el cual podemos divulgar su información de salud con el propósito de coordinar su cuidado entre proveedores de atención de salud, y otros propósitos permitidos bajo la ley. El intercambio de información sobre su salud se puede hacer electrónicamente a través del HIE y puede proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación del cuidado y ayudar a los proveedores de atención a la salud y a funcionarios de salud pública a tomar decisiones informadas. Los Servicios de Recuperación y Salud de Conducta del Condado de Marín le requerirán que opte si desea que su información sea compartida a través del HIE, otros programas requerirán que usted opte por no recibir que su información a través del HIE. Si en cualquier momento usted desea optar por participar o no participar en el HIE, puede hacerlo en persona cuando recibe los servicios de salud del Condado de Marín o obtener el formulario apropiado a través del sitio web del HHS del Condado de Marín en [www.marinhhs.org/HIE](http://www.marinhhs.org/HIE)

### **Usos y divulgaciones de información sobre el VIH/ SIDA:**

En general, se requiere autorización por escrito (por el cliente o representante autorizado) para divulgar los resultados de las pruebas de VIH/ SIDA. Se aplican las siguientes excepciones:

1. Las divulgaciones, incluyendo divulgaciones a través del HIE, realizadas a su proveedor de atención médica para fines de diagnóstico, tratamiento o cuidado.
2. Requisitos de información estatal para propósitos de Salud Pública.
3. Pago: para facturar el costo de la atención médica (por ejemplo, para facturar a Medi-Cal o Medicare).
4. Operaciones de atención médica: podemos usar o divulgar su información médica para apoyar nuestras operaciones comerciales (por ejemplo, para evaluar el desempeño de nuestro personal o revisar la calidad del tratamiento o servicios que se le brindan).
5. Otras divulgaciones que puedan ser requeridas bajo la ley.

### **Usos y divulgaciones de expedientes de tratamiento de trastornos por uso de sustancias:**

La confidencialidad de los registros de pacientes con tratamiento de trastorno por uso de sustancias mantenidos por un programa de 42 CFR Parte 2 está protegida por la ley y los reglamentos federales. Generalmente, el programa no puede decir a una persona fuera del programa que un paciente asiste al programa, ni divulgar ninguna información que identifique a un paciente como si tuviera un trastorno por uso de sustancias. Las excepciones a esta regla incluyen:

1. El paciente (o su representante autorizado) consiente por escrito.
2. La divulgación es permitida por una orden judicial.
3. La divulgación se hace al personal médico en una emergencia médica.
4. La divulgación se hace al personal calificado para la investigación, auditoría o evaluación del programa.
5. La divulgación se hace en virtud de un acuerdo con una organización de servicio calificada (QSO).

La violación de la ley federal y de los reglamentos por parte de un programa es un delito. Las presuntas violaciones pueden ser reportadas a las autoridades apropiadas de acuerdo con los reglamentos federales.

La ley y los reglamentos federales no protegen ninguna información sobre un crimen cometido por un paciente en el programa o en contra de cualquier persona que trabaje para el programa o sobre cualquier amenaza de cometer un crimen de este tipo.

Las leyes y reglamentos federales no protegen ninguna información sobre la sospecha de abuso o negligencia infantil de ser reportado bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales apropiadas.

### **Divulgaciones con su permiso:**

Si usted le da permiso al Condado, el Condado puede usar o dar su información médica personal y otra información de tratamiento según lo indicado por usted. Usted puede retirar su permiso en cualquier momento.

Sin embargo, si retira su permiso, tiene que avisar al Oficial de Privacidad de HIPAA del Condado por escrito en la dirección que aparece en la siguiente sección de abajo; esto no afectará las divulgaciones que el Condado haya realizado basadas en el permiso anterior de usar o divulgar su información.

**Por ley, usted tiene derecho a:**

Ver y obtener una copia de su información personal médica y de su tratamiento mantenida por el Condado, en un Conjunto de Registro designado.

Tener su información médica personal y otra información sobre su tratamiento corregida si cree que hay errores o si falta información, y si el Condado está de acuerdo. Si el Condado no está de acuerdo, usted puede tener una declaración de su desacuerdo agregado a su información personal.

Obtener una lista de aquellos con quienes el Condado ha compartido su información médica personal y otra información sobre su tratamiento. La lista no incluirá información personal sobre su salud que le fue dada a usted o a su representante personal, la información que nos autorizó a compartir con un tercero o información que se haya revelado para propósito de tratamiento, pago, o de operaciones de cuidado de salud (a menos que la divulgación se haga a través de un sistema de registros electrónicos de salud).

Recibir comunicaciones confidenciales y pedir al Condado se comunique con usted mediante un método en particular o en un lugar particular para mantener la confidencialidad de tales comunicaciones.

Pedirle al Condado que limite como su información médica personal y otra información de tratamiento se usa o divulga para pagar sus reclamos y operar el programa que le brinda servicios (tenga en cuenta que el Condado tal vez no esté de acuerdo con su solicitud). Sin embargo, si usted paga el costo total de un servicio de su propio bolsillo, y solicita que la información del servicio no sea compartida con su plan de salud (compañía de seguros médicos), el Condado debe cumplir con su solicitud, a menos que una disposición legal exija al Condado a hacer esa divulgación.

Recibir notificación de una violación su información médica personal y tratamiento no segura.

Obtenga una copia en papel aparte de este Aviso.

**Si tiene preguntas o si desea obtener más información acerca de este aviso, por favor llame al Oficial de Privacidad del Condado:**

c/o Department of Health and Human Services,  
20 N. San Rafael Rd, San Rafael, CA 94903  
(415) 473-6948 o

HHSCompliance@marincounty.org (correo electrónico), o TTY (415) 473-3344 si es una persona con discapacidad auditiva

El Condado trabaja duro para evitar cualquier daño a usted causado por el uso indebido de su información médica personal por nuestra fuerza laboral. Para ejercer cualquiera de sus derechos descritos en el Aviso o si tiene preguntas o si usted cree que una persona que trabaja para el Condado ha revelado o utilizado indebidamente su información médica personal y desea presentar una queja o denuncia, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad del Condado llamando al (415) 473-6948 o mandando un correo electrónico a HHSCompliance@marincounty.org

Presentar una queja no afectará negativamente los servicios que usted recibe del Condado. Si usted presenta una queja o testifica, si ayuda en una investigación, una evaluación, un procedimiento judicial o una audiencia, o si se opone a cualquier acto o práctica que usted crea que es ilegal conforme a las reglas de la HIPAA, las personas que trabajan para el Condado no pueden emprender ninguna acción en su contra. Si usted cree que se ha emprendido alguna acción negativa en su contra porque usted presentó una queja, por favor hágaselo saber a nuestro Funcionario de Privacidad lo antes posible.

También puede presentar una queja directamente ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., dentro de los 180 días siguientes a su descubrimiento del incidente que causó su queja.

Por ley, el Condado de Marín tiene la obligación de cumplir con los términos de la Notificación. El Condado de Marín tiene el derecho de cambiar la manera en que se usa o se revela su información médica personal y otra información sobre su tratamiento. Si el Condado de Marín hace cambios significativos, a usted se le informará del nuevo Aviso y se le ofrecerá una copia del mismo en su próxima visita para el tratamiento. El nuevo Aviso será publicado en el sitio web del Condado de Marín.

Las prácticas de privacidad que figuran en este Aviso entrarán en vigor a partir del 1º de mayo de 2017.

## Aviso a los padres y pacientes sobre el registro de vacunación

Las vacunas previenen enfermedades graves. Las pruebas para detectar la tuberculosis (TB) pueden ayudar a determinar si está infectado(a) con tuberculosis. Es posible que su empleador o escuela también requieran estas pruebas. Puede ser difícil estar al tanto de las vacunas que le han puesto y las pruebas de TB que le han hecho. Aún más si las obtuvo de más de un doctor. Actualmente, los doctores usan un sistema computarizado seguro llamado *registro de vacunación* para mantener los datos de vacunación y las pruebas de TB al día. Si cambia de doctor, su nuevo doctor podrá ver los datos de vacunación y los resultados de las pruebas de tuberculosis. Usted tiene derecho a decidir si quiere que sus datos de vacunación/resultados de la prueba de TB se compartan en el *Registro de Vacunación de California*.

### ¿Cómo le ayuda el registro?

- Está al tanto de todas las vacunas y pruebas de tuberculosis (prueba cutánea o de la piel/radiografía del pecho), para que no le falte ninguna ni le den demasiadas
- Manda recordatorios cuando usted o su hijo(a) necesitan vacunarse
- Le da una copia de los datos de vacunación y los resultados de las pruebas de TB que tiene su doctor
- Sirve como un comprobante de las vacunas o las pruebas de TB necesarias para asistir a una guardería o la escuela o para comenzar un nuevo trabajo

### ¿Cómo ayuda el registro a su equipo de cuidado de la salud?

Los doctores, enfermeras, planes de salud y agencias de salud pública usan el registro para:

- Ver cuáles vacunas o pruebas de TB necesita
- Recordarle sobre las vacunas que necesita
- Prevenir enfermedades en su comunidad
- Ayudar a mantener los datos al día

### ¿Pueden las escuelas u otros programas ver el registro?

Sí, pero de manera limitada. Bajo la ley de California, las escuelas, las guarderías y otras agencias con acceso legal pueden:

- Ver cuáles vacunas o pruebas de TB necesitan los niños en sus programas
- Asegurar que los niños tengan todas las vacunas o pruebas de TB necesarias para comenzar la guardería o la escuela

### ¿Qué información se puede compartir en un registro?

- El nombre, el sexo y el lugar de nacimiento del paciente
- Los nombres de los padres o de los tutores
- Información limitada para identificar a un paciente
- Detalles sobre las vacunas o pruebas de TB de los pacientes

Lo que se incluye en el registro se trata como cualquier otra información médica privada. El mal uso del registro puede ser castigado por la ley. Bajo la ley de California, sólo el consultorio médico, su plan de salud y el departamento de salud pública pueden ver su dirección y número de teléfono.

### Los derechos del paciente y de los padres

Tiene derecho legal a pedir que:

- no se compartan sus datos (o los de su hijo[a]) de vacunación/pruebas de TB en el registro con otros, aparte de su doctor\*
- su doctor no le mande recordatorios de las citas de vacunación
- le den una copia de los datos de vacunación/pruebas de TB de usted o su hijo(a)
- le digan quiénes han visto los datos o que su doctor corrija cualquier error

Si QUIERE que se compartan sus registros o los de su hijo con otros usuarios de CAIR2, no haga nada. Ya has terminado.

Si NO desea que se compartan sus registros o los de su hijo con otros usuarios de CAIR, consulte con su proveedor para ver si envían su estado de uso compartido a CAIR de manera electrónica. Si no lo envían, vaya a la página de Formularios CAIR (<http://cairweb.org/cair-forms/>) y complete una Solicitud para bloquear mi registro CAIR. Los registros bloqueados en CAIR también pueden desbloquearse completando la Solicitud para desbloquear mi registro CAIR. Envíe los formularios impresos por fax por correo electrónico al 1-888-436-8320, [CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov](mailto:CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov).

Para más información, comuníquese con el departamento técnico de CAIR al 800-578-7889 o [CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov](mailto:CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov).

\* Por ley, los funcionarios de salud pública también pueden tener acceso a los datos en el registro en caso de una emergencia de salud pública.  
California Department of Public Health: Med Office IZ Registry Disclosure Ltr rev 2/19– Spanish IMM-891 E/S