



BOARD OF EDUCATION
 Julia C. Bernath, *President*
 Linda P. Bryant, *Vice President*
 Gail Dean • Kimberly Dove • Linda McCain
 Katie Reeves • Katha Stuart
 Mike Looney, Ed.D., *Superintendent*

Estimados Padres/Tutores

22 de octubre de 2020

Los Centros de Salud Familiar de Georgia en colaboración con los Servicios de Salud del Estudiante desean ayudar a proteger a nuestros estudiantes en los grados 6 o 8 contra la gripe y se unen a Ridgeview para ofrecer la vacuna contra la gripe/influenza en la escuela el viernes 6 de noviembre. La gripe es más que un fuerte resfriado; la gripe en adultos y niños puede ser grave y generalmente causa inasistencias en los estudiantes y en el personal docente. La vacuna contra la gripe puede reducir el número de días de inasistencias y aumentar el éxito académico de los estudiantes. Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y el Departamento de Salud Pública de Georgia recomiendan las vacunas contra la gripe para todos los niños en edad escolar (de 6 meses a 18 años de edad).

La vacuna para los estudiantes no tiene costo alguno para el estudiante. Sin embargo, los Centros de Salud Familiar de Georgia cobrarán a las compañías de seguros de los niños que tienen seguro médico.

Este año los Centros de Salud Familiar van a ofrecer una vacuna contra la gripe inactivada. Es una vacuna contra la gripe que se administra en forma de inyección.

Es importante que sepan que la participación y la vacunación contra la gripe a través de este programa son a su discreción. El médico del niño puede aclarar sus dudas sobre el virus de la gripe y también puede vacunar a su hijo contra la influenza estacional. Para obtener información adicional, por favor visite el sitio Web de la gripe de los CDC en <http://www.cdc.gov/flu/>.

Les agradecemos de antemano su ayuda en mantener a todos nuestros estudiantes seguros y sanos. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a la vacuna contra la gripe, no dude en ponerse en contacto con El Centro de Salud Escolar al (478) 254-0001.

Si desea que su hijo reciba la vacuna contra la gripe en la escuela, por favor complete la parte inferior de esta carta y la encuesta y devuelva a la escuela a más tardar el lunes, 2 de noviembre de 2020.

Dr. Opie Blackwell, Director

Dayana Reyes, MSN, RN, CPNP-PC Centro de Salud Escolar

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Soy el padre/ tutor de _____ y estoy interesado en que mi hijo sea vacunado.
Nombre del estudiante

Entiendo que el permiso debe ser devuelto a la escuela a más tardar el lunes, 2 de noviembre de 2020 ya que en caso contrario no vacunarán a mi hijo en la escuela.

x _____
Firma del Padre/Madre o Tutor **Fecha**

PADRE/TUTOR: _____ Teléfono _____

DIRECCIÓN DE CASA _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

MEDICAID _____ NÚMERO DEL MEDICAID _____

SEGURO _____ NÚMERO DEL SEGURO _____
Nombre del Plan

TITULAR DE LA POLIZA _____ Fecha de Nacimiento _____

Cuestionario de contraindicaciones para la vacuna inyectable contra la gripe

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
mes / día / año

Para pacientes adultos y para los padres de niños a los que se van a vacunar: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si hay algún motivo por el cual no deberíamos aplicar hoy la vacuna inyectable contra la influenza (la gripe) a usted o a su hijo. Si contesta “sí” a alguna de las preguntas, eso no siempre quiere decir que usted (o su hijo) no se debe vacunar. Simplemente quiere decir que hay que hacerles más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	sí	no	no sabé
1. La persona que se va a vacunar, ¿está enferma hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La persona que se va a vacunar, ¿es alérgica a algún componente de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez una reacción seria a la vacuna contra la influenza (gripe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La persona que se va a vacunar, ¿tuvo alguna vez el síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO LLENADO POR _____ FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____ FECHA _____