



## Exención de la vacunación contra la influenza estacional por contraindicación médica

Sun Health requiere que reciba una vacuna contra la influenza estacional para protegerme a mí mismo y a los demás. Solo las contraindicaciones médicas basadas en evidencia contra la vacunación contra la influenza estacional que han sido confirmadas por un proveedor de atención médica con licencia (MD, DO, PA o NP) se aceptarán como una exención a la política obligatoria contra la influenza. La contraindicación médica se debe reevaluar cada año y se debe completar y enviar un formulario de exención actualizado cada año.

Este formulario de exención médica debe ser completado por el proveedor médico del miembro del equipo (MD, DO, PA o NP) y enviado a Recursos Humanos de Sun Health, en persona o por correo electrónico a [HRSupport@sunhealth.org](mailto:HRSupport@sunhealth.org).

Solicito estar exento de la vacunación contra la influenza estacional por contraindicación médica.

Entiendo que debido a que trabajo en un entorno de atención médica, puedo poner en riesgo a los residentes y compañeros de trabajo si trabajo mientras estoy infectado con el virus de la influenza.

Entiendo que, dado que estoy exento de la vacunación contra la influenza, se me exigirá que use una mascarilla al ingresar a todas las ubicaciones de Sun Health y hogares de residentes. Debo usar mi mascarilla en todo momento durante mi turno programado, excepto cuando esté comiendo en una sala de descanso designada, durante la temporada de influenza (del 1 de diciembre de 2022 al 31 de marzo de 2023; fecha de finalización sujeta a extensión). Entiendo que se requiere el uso de máscaras para respaldar las políticas y prácticas de prevención de infecciones en Sun Health.

_____ Nombre (impreso)	_____ Ubicación y Departamento	_____ Firma
_____ Fecha	_____ Nombre del supervisor (impreso)	



THIS SECTION SHOULD BE COMPLETED BY THE TEAM MEMBER'S PHYSICIAN (MD, DO, PA or NP)



I have read the vaccine information provided, evaluated \_\_\_\_\_ and attest that this team member has one or more of the medical contraindications to **inactivated** influenza vaccination listed below.

- Documented severe allergy to eggs or egg products
- Personal history of Guillan-Barré Syndrome within 6 weeks of receiving influenza vaccine
- Severe allergic reaction to previous influenza vaccine

_____ Medical Provider (MD, DO, PA or NP) Name (print)	_____ Date	_____ Phone
---	---------------	----------------

\_\_\_\_\_  
Provider (MD, DO, PA or NP) Signature

¿Preguntas sobre contraindicaciones médicas? Llame a su representante local de Recursos Humanos.



**Hoja informativa para proveedores:** Pautas para determinar la idoneidad de la vacuna para los miembros del equipo de Sun Health

**Fuente de información:** Centros para el Control de Enfermedades

**Poblaciones recomendadas para recibir la vacuna:** Todas las personas de 6 meses de edad o más deben recibir la vacuna a menos que tengan una de las siguientes contraindicaciones:

1. Personas con alergias graves (potencialmente mortales) a los huevos o a cualquier otro componente de la vacuna contra la influenza.
2. Antecedentes del síndrome de Guillain-Barré dentro de las seis semanas posteriores a una dosis previa de la vacuna contra la influenza.

Si una persona ha tenido una contraindicación previa debido a una reacción a la vacuna, pero aún desea recibir la vacuna contra la influenza, debe consultarlo con su proveedor de atención médica primaria. Los componentes de la vacuna, así como la cantidad de proteína de huevo, han cambiado en la vacuna moderna. Esto puede disminuir el riesgo de una reacción grave en el futuro.

**Poblaciones de alto riesgo que deben recibir la vacuna:**

1. Personas con alto riesgo de contraer influenza y desarrollar complicaciones secundarias a la infección por influenza: Los pacientes en esta categoría incluirían mujeres embarazadas y pacientes con trastornos autoinmunitarios, diabetes, cáncer, afecciones médicas crónicas y VIH/SIDA.
2. Aquellos con alto riesgo de desarrollar complicaciones secundarias a la infección por influenza: Niños de 6 meses a 4 años, pacientes con asma, mayores de 50 años, pacientes con obesidad mórbida y pacientes con enfermedades cardiovasculares.

**Tipo de vacuna:**

1. Inyección: Inactivado (virus muerto) - "La vacuna contra la gripe" (TIV) es apropiada para todas las personas que reciben la vacuna contra la influenza. Las personas mayores de 65 años serían elegibles para la inyección de dosis alta del virus inactivado.
2. Intranasal: virus vivo atenuado: esta vacuna se recomienda para residentes sanos. El aerosol intranasal (LAIV) está contraindicado para aquellos grupos de pacientes que tienen sistemas inmunitarios incompetentes. Estos grupos incluirían pacientes con enfermedades autoinmunes, pacientes con trastornos cardiovasculares (excepto hipertensión aislada), renales, hepáticos, neurológicos/neuromusculares, hematológicos o metabólicos, pacientes con medicamentos inmunosupresores, pacientes con antecedentes de cáncer o con un diagnóstico activo de cáncer, mujeres embarazadas y pacientes con diabetes.
3. **Todas las vacunas inyectables proporcionadas por Sun Health están libres de timerosal/conservantes.**

**Respuesta de vacuna:**

1. Respuesta de anticuerpos: en promedio, después de recibir la vacuna, se necesitan 2 semanas para establecer una respuesta inmunitaria.
2. Tiempo: se recomienda recibir la vacuna lo antes posible después de que esté disponible para garantizar que se establezca la inmunidad antes del comienzo de la temporada de influenza.
3. Sun Health exige que todos los miembros del equipo reciban la vacuna antes del 1 de noviembre de cada año.